# 領　據

| | |
|---|---|
| **受補助人姓名：** | 茲領到嘉義市政府中低(低)收入戶傷病醫療、看護費用補助;中低(低)收入老人重病住院看護費用補助：<br>□ 中低(低)收入戶傷病醫療、看護費用補助<br>□ 中低(低)收入老人重病住院看護費用補助 |
| | |
| **合計金額** | **新台幣　　拾　　萬　　仟　　佰　　拾　　元整** |

右款已如數領訖，所送各項憑證若經查核有不符規定情事，領款人自願退還所領取之補助費，絕無異議。

此 據

嘉義市政府

具(代)領人：　　（簽章）

身分證字號：

聯絡電話及住址：

立帳金融機構：

帳　　號：

中華民國　　年　　月　　日

郵局或金融機構存摺封面影本
黏 貼 處