

# 領款收據

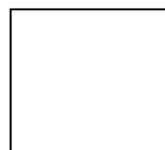
茲領到臺北市政府衛生局「臺北市兒童醫療補助計畫」  
補助費共計新臺幣 萬 仟 佰 拾 元整，確實  
無訛。

此致

臺北市政府衛生局

具領人：

(簽名)



(請蓋私章)

聯絡電話：

戶籍地址：

縣市

區

里

鄰

街(路)

段

巷

弄

號

樓

身分證字號：

金融機構名稱帳戶：

銀行

分行：

帳號：

中華民國

年

月

日