

收 據

茲向臺南市政府社會局領到醫療補助費用，
計新臺幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整無誤。

此致

臺南市政府社會局

具 領 人： (簽名及蓋章)

身分證字號：

戶籍所在地：台南市 區 里 鄰 路(街)
段 巷 弄 號 樓 之

電 話：

中 華 民 國 年 月 日