領　款　收　據

茲收到臺南市政府勞工局發給勞工　　之照顧職業災害勞工慰問金，計新台幣　　元整。

具領人姓名簽名：　　蓋章：

與罹災者關係：

身分證字號：

戶籍地址：　　市　　區　　里　　鄰

路(街)　　段　　巷　　弄

號　　樓

中　華　民　國　　年　　月　　日