

【請申請人事先填寫收據(金額未核定請空白)，以縮短行政程序】

收據

茲向新竹市政府領取醫療費用補助

共計新台幣            萬            仟            佰            拾            元

整，確實無訛。

受補助人姓名：

身分證字號：

領款人簽名：

蓋章：

身分證字號：

與受補助人關係：

住址：

電話：

中華民國

年

月

日