

附件二

具領人收據

茲向新竹市政府領到中低收入老人參加全民健康保險無力負擔醫療

費用補助款計新台幣 萬 仟 佰 拾 元整。

具領人姓名：

蓋章

身分證字號：

住 址：

與受補助者關係：

金融機構名稱：

戶 名：

帳 號：

中 華 民 國 年 月 日