

領 據

茲領到嘉義市政府衛生局撥付_____嘉義市特殊群體生育調節
醫療費用補助計畫費用補助，申請 112 年__月__日至 112 年__月__日
就醫費用，共計新臺幣__萬__仟__佰__拾__元整，確實無訛。

具領人：

身分證字號：

地址：

聯絡電話：

戶名：

立帳 金融機構：

帳號：

中華民國 年 月 日