

具 領 人 領 據

摘 要	_____君之 ☐ 低收入戶及中低收入住院看護補助 ☐ 身心障礙者傷病住院看護補助 ☐ 老人傷病住院醫療及看護費用補助
金 額	新臺幣：_____萬_____仟_____佰_____拾_____元整
上款已照數領訖 此據 臺中市政府社會局 具領人：_____（簽名或蓋章） 國民身分證字號：_____ 地 址：_____ 電 話：_____ 中 華 民 國：_____年_____月_____日	

具 領 人 領 據

摘 要	_____君之 ☐ 低收入戶及中低收入住院看護補助 ☐ 身心障礙者傷病住院看護補助 ☐ 老人傷病住院醫療及看護費用補助
金 額	新臺幣：_____萬_____仟_____佰_____拾_____元整
上款已照數領訖 此據 臺中市政府社會局 具領人：_____（簽名或蓋章） 國民身分證字號：_____ 地 址：_____ 電 話：_____ 中 華 民 國：_____年_____月_____日	