

# 領款收據

補助項目	(補助對象姓名)： _____ <input type="checkbox"/> 醫療費用補助 <input checked="" type="checkbox"/> 看護費用補助
補助金額	新臺幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整 (本欄由社會局填寫)

上款已如數領訖，所送各項憑證若經查核有不符規定情事，領款人自願退還所領取之補助費，絕無異議。

此致

高雄市政府社會局

領款人： (簽名及蓋章)

住址： \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 區 \_\_\_\_\_ 里 \_\_\_\_\_ 鄰 \_\_\_\_\_ 路 \_\_\_\_\_ 街  
 \_\_\_\_\_ 巷 \_\_\_\_\_ 弄 \_\_\_\_\_ 號 \_\_\_\_\_ 樓之 \_\_\_\_\_

身分證字號：

中 華 民 國      年      月      日 (必填)