

高雄市政府衛生局醫療性凍卵補助領據

申請人簽名		身分證統一編號	
領款事由	醫療性凍卵補助費用		
手機號碼		電子郵件	
申請金額	新台幣 萬 仟 佰 拾 元		
收文地址			
以上款項均已向高雄市政府衛生局如數領訖			
領款人簽名 (若受術者未滿 18歲得由法定 代理人代領)		領款人 身分證統一編號	
匯款銀行名稱		分行名稱	
戶名		匯款帳號	
以下欄位由衛生局審查資料後填寫			
受理日期	年 月 日		審查人員核章
審查結果	<input type="checkbox"/> 符合資格，撥付：_____元 <input type="checkbox"/> 不符合資格或資料不全，不予撥付		

領款帳戶除申請人未滿18歲，得由法定代理人代領，其餘以申請人本人帳戶為限

存摺封面影本黏貼處(請勿浮貼避免脫落)