領 據

本人 申請宜蘭縣政府弱勢兒童及少年醫療費用補助，茲收到宜蘭縣政府補助新台幣 萬 仟 佰 拾 元整，特此立據證明無訛。

此致

宜蘭縣政府

立書人：

立書人身分證字號：

兒童/少年姓名：

兒童/少年身分證字號：

聯絡電話：

聯絡地址：

受款帳戶戶名：

受款局號帳號：

郵局分行名稱：

中華民國　年　月　日