

# 領 據

茲收到宜蘭縣政府辦理 年度中低收入老人補助裝置  
假牙補助個案 \_\_\_\_\_ 君 (請填寫申請對象姓名)，經費計  
新台幣： \_\_\_\_\_ 拾 \_\_\_\_\_ 萬 \_\_\_\_\_ 仟 \_\_\_\_\_ 佰元  
整，無誤。

此致

宜蘭縣政府

領 據 單 位： (請蓋章)

醫療院所負責人： (請蓋章)

主 計： (請蓋章)

統 一 編 號：

地 址：

電 話：

撥 款 帳 戶：

戶 名：

日 期：

印花稅票黏貼處 (無則蓋章)  
(補助金額千分之四)