

領

據

茲收到宜蘭縣政府辦理 108 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）