

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臺幣_____萬 仟 佰 拾_____元整，特
此立據證明無訛。

此致

宜蘭縣政府

申請人：

申請人身分證字號：

兒少姓名：

兒少身分證字號：

聯絡電話：

聯絡地址：

受款帳戶戶名：

受款帳戶局帳號：

中 華 民 國 年 月 日