

領

據

茲收到宜蘭縣政府辦理 年度宜蘭縣 65 歲(原住民 55 歲) 以上老人裝置全口假牙計畫補助個案 \_\_\_\_\_ 君  
(請填寫申請對象姓名)，經費計新臺幣：\_\_\_\_\_ 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)