

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)，經費計新台幣： _____ 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)