

附件二

領 款 收 據

茲 領 到

彰化縣政府撥付中低收入戶

傷病醫療

補助款

看護費用

新台幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整，

確實無訛。

此 據

具 領 人：

蓋章：

地 址：

身份證字號：

(請附存摺影本)

中 華 民 國 年 月 日