

彰化縣中低收入老人傷病醫療暨看護費用補助
代墊收據

茲收到

彰化縣政府補助中低收入老人本人_____（身份證字號：_____）
於民國____年__月__日起至民國____年__月__日止，無力負擔中低收入老人傷病醫療暨看護費用，由本醫院_____（具領單位）

代墊，新台幣 萬 仟 佰 拾 元整。

此 致

彰化縣政府

具領單位：

地址：

聯繫電話：

主責社工：

統一編號：

入帳金融機構戶名：

入帳金融機構帳號：

出納：

會計：

負責人：

-----黏貼由存摺封面影本-----

中 華 民 國 年 月 日