**領　　　　據**

|  |  |
| --- | --- |
| 茲向桃園市政府社會局領取 | □住院期間醫療費用   * 住院期間看護費用 * 其他( ) |

共計 新台幣 萬 　仟 　佰 　拾 元整

申請人簽名/蓋章：   
具領人簽名/蓋章：

身分證字號：

|  |  |
| --- | --- |
| 戶籍住址： | □□□ |

電話：（　　）

金融機構名稱：

局號/帳號：

戶名：

中 華 民 國　 　年　　　 　　月　　　　 　日