



領 據

茲收到苗栗縣政府衛生局辦理「108年度公益彩券回饋金排除就醫障礙補助計畫」，108年_____月補助款項，細目詳如名冊，共計新台幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整（大寫），確實無訛。

此致

苗栗縣政府衛生局

具領單位：

（請加蓋申請單位大小章）

機關地址：

聯絡電話：

統一編號：

財政：

主計：

鄉鎮長：

受款行：

戶名：

帳號：

中華民國

年

月

日