附件二

具領人收據

茲向新竹市政府領到中低收入老人參加全民健康保險無力負擔醫療費用補助款計新台幣　　萬　　仟　　佰　　拾　　元整。

具領人姓名：　　蓋章

身分證字號：

住　　址：

與受補助者關係：

金融機構名稱：

戶　　名：

帳　　號：

中　華　民　國　　年　　月　　日