

收 據

茲領到新竹縣政府撥付弱勢兒童及少年醫療補助費(項
目：_____),補助金額計新臺幣 萬 仟
佰 拾 元整確實無誤，如有不實願負法律責任。

此致

新竹縣政府

兒童(少年)姓名：

身分證字號：

具領人(法定代理人或監護人)：

身分證字號：

與兒童(少年)關係：

聯絡電話：

住 址：

中 華 民 國 年 月 日