領 據

茲收到財團法人墨仙社會福利慈善基金會核發醫療補助金計新臺幣　　萬　　仟　　佰　　拾　　元整。

案號： 受補助對象：

此據

財團法人墨仙社會福利慈善基金會

具領人： 〈簽名蓋章〉

關係：

身分證字號：

住址： 縣〈市〉 鄉鎮市〈區〉 里〈村〉

鄰 路〈街〉 段 巷 弄 號 樓

中 華 民 國 年 月 日