

領 據

中 華 民 國 年 月 日

茲收到金門縣衛生局_____年_____月長期照顧服務使用者自付額補助

☐居家(照顧)服務 ☐專業服務 ☐喘息服務

新台幣 元整

領 款 人：

戶 籍 地 址：

身分證字號：

領 據

中 華 民 國 年 月 日

茲收到金門縣衛生局_____年_____月長期照顧服務使用者自付額補助

☐居家(照顧)服務 ☐專業服務 ☐喘息服務

新台幣 元整

領 款 人：

戶 籍 地 址：

身分證字號：