

# 收\_\_\_\_\_ 據

中華民國 年 月 日

茲收到 金門縣政府老人假牙補助

新台幣：

領款人：

地址：金門縣金湖鎮

身份證字號：

申請人於診治療確定完成後三個月內應檢附下列文件向戶籍所在地之鎮公所申請撥付補助款：

- ( 1 ) 核准補助函
- ( 2 ) 醫療費用收據正本
- ( 3 ) 復健前、後之對比照片
- ( 4 ) 領款收據
- ( 5 ) 申請人金融機存摺帳號封面影本

\*請備妥上述文件後，寄回：金門縣金湖鎮公所  
(地址：金門縣金湖鎮新市里林森路2號)