1版 108.04.10
2版 110.01.04

附件三　　年　　月　金門縣公益彩券回饋金排除就醫障礙申請清冊

案號	轉介單位	申請日	姓名	身分證字號	身份別	健保欠費補助	就醫補助	簽章欄	備註
總計：									

承辦人:　　科室主管:　　會計:　　局長: