金門縣公益彩券回饋金排除就醫障礙具領清冊(台灣土地銀行/郵局)

患者姓名	申請日期	電話 手機	身分別	申請人簽章	就醫補助金額	健保欠費補助金額
	年 月 日					
	年 月 日					
	年 月 日					
	年 月 日					
	年 月 日					
	年 月 日					
	年 月 日					
	年 月 日					
	年 月 日					
	年 月 日					
	年 月 日					