**副本醫療收據黏貼(浮貼)**

附件1

核與正本相符合(簽章)

本計畫補助經費來源:台北市西南區扶輪社Grant Number GG2092470

**身分證件資料黏貼處**

附件2

|  |  |
| --- | --- |
| **正面** | **反面** |

核與正本相符合(簽章)

本計畫補助經費來源:台北市西南區扶輪社Grant Number GG2092470

附件3

**111年雲林縣C型肝炎醫療交通費補助金額領據**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請人基本資料 | 姓名 | 身分證統一編號/外籍統一證號或護照號碼 | 出生日期 | 電話 |
|  |  | 年 月 日 | 手機: |
| 就診機構: | | | | |
| 此致 3523台北市西南區扶輪社Grant Number GG2092470  申請補助金額 : 新台幣 元整 。  領款人: (簽章)  申請日期:中華民國 年 月 日 | | | | |

