領據

茲收到　　君申請高雄市老人及身心障礙者全民健保保費自付額補助之費用新臺幣　　X　　□ 元正（金額請以國字大寫）

具領人：　　簽章（具領人須與郵局或銀行存簿同一人）

與身心障礙者之關係：

身分證字號：

出生年月日：

戶籍地址：高雄市　　區　　里　　路(街)　　巷　　弄　　號　　樓

聯絡電話：

中華民國　　年　　月　　日

※打叉處請勿填寫

※□處請蓋章

※如有疑問請洽社會局身心障礙福利科示小姐(電話:07-3308447)