

領 據

茲收到「臺中市政府衛生局115年時來孕轉-幸福臺中凍卵凍精補助計畫」之款項：

- 凍卵療程費用補助新臺幣 伍萬 元整。
- 凍精療程費用補助新臺幣 _____ 元整。(請依實際支出費用，超過8,000元請填寫捌仟)

請用國字大寫，零、壹、貳、參、肆、伍、陸、柒、捌、玖、拾、佰、仟、萬
此致

臺中市政府衛生局

具領人

姓 名： _____ (請簽名)

身分證字號：

戶 籍 地 址：

匯款金融機構：

銀 行 分 行：

戶 名：

帳 號：

中 華 民 國 1 1 5 年 月 日

備註：

1. 領款人為申請人或申請人配偶。
2. 匯款銀行若非臺灣銀行，匯費10元由領款人負擔。
3. 如有塗改，請於塗改處簽名或蓋章。