

桃園市政府衛生局所得請款領據(報帳請款聯)
(第一聯)

領款人姓名*		事由摘要	申請「桃園市身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助」			
申請時間*	年 月 日	電話號碼* 手機號碼*				
申請醫療費用* /輔具名稱*						
所得申報類別	其他					
所得金額	(衛生局填寫)		應扣所得稅金額	(衛生局填寫)		
上列款項已向桃園市政府衛生局如數領訖		領款人 簽章*			簽收 日期*	年 月 日
國民身分證 統一編號*						
戶籍地址*						
匯款銀行名稱*			分行名稱*			
帳 號*						
身份別*	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 一般戶					

桃園市政府衛生局所得請款領據(報稅存根聯)
(第二聯)

領款人姓名*		事由摘要	申請「桃園市身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助」			
申請時間*	年 月 日	電話號碼* 手機號碼*				
申請醫療費用* /輔具名稱*						
所得申報類別	其他					
所得金額	(衛生局填寫)		應扣所得稅金額	(衛生局填寫)		
上列款項已向桃園市政府衛生局如數領訖		領款人 簽章*			簽收 日期*	年 月 日
國民身分證 統一編號*						
戶籍地址*						
匯款銀行名稱*			分行名稱*			
帳 號*						
身份別*	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 一般戶					

※第一聯及第二聯須填寫一致，*為必填項目，填寫不完全者不予受理。