

附件 4

桃園市政府衛生局

身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助撥款申請書

本特約廠商已受理_____ (先生/女士)申請醫療輔具購買一案，檢送代償墊
付費用新臺幣_____元整之領據 1 份，請惠予撥款至：

金融機構名稱：

帳 戶：

帳 號：

(請附特約廠商指定之金融機構存摺封面影本)

特約廠商名稱：

負 責 人：



(大章)



(負責人印章)

中華民國 年 月 日

印花稅黏貼處

*注意事項:內容若有修改處，請於該處核章。