

# 領 據

茲向新竹市衛生局領取AMH抽血檢驗費用

共計新台幣 萬 仟 佰 零 拾 零 元整

此 據

具領單位：(大章、小章)

統一編號：

地 址：

聯絡電話：

中 華 民 國 年 月 日

匯入金融機構： 銀行 分行

戶名： 帳號：

\*非臺灣銀行存摺補助金額須扣除匯費30元。

存 摺 ( 簿 ) 封 面 影 本 黏 貼 處