附件3

領　　據

_____茲向**新竹市衛生局**領取婚後孕前健檢費用

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