

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所需醫療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	(匯費 30 元由受款人負擔)				
身份別	<input type="checkbox"/> 身心障礙者(必備)	<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所需醫療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	(匯費 30 元由受款人負擔)				
身份別	<input type="checkbox"/> 身心障礙者(必備)	<input type="checkbox"/> 低收入戶	<input type="checkbox"/> 中低收入戶	<input type="checkbox"/> 一般戶	