

附表二（單位及個人）

## 收 據

茲向財團法人台北市  
信華慈善基金會領到

- 中低收入戶  
 最低生活費 1.5 倍以下且每人每年動產限額 15 萬元及全戶不動產限額 650 萬元

\_\_\_\_\_君 醫療費用補助

補助款新臺幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整，確實無訛。

此 致

財團法人台北市信華慈善基金會

具領單位/具領人： (簽章)

立案字號：

統一編號/身分證字號：

負責人：

會計：

出納：

地址：

聯絡電話：

聯絡傳真：

中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

【備註】具領人為個人者，僅需填寫「具領人」、「身分證字號」、「地址」及「聯絡電話」等欄位；具領為單位者，請詳填各欄位。