

領 據

茲領到新竹市政府核撥辦理「新竹市政府嚴重特殊傳染性肺炎居家檢疫期間親屬住宿」補助經費款項計新臺幣伍仟元整。

姓名： (簽章)

身分證字號：

聯絡電話：

地 址：

金融機構名稱： 銀行 分行

帳 號：

戶 名：

(請檢附存摺影本以供核對)

中 華 民 國 年 月 日

※請務必蓋私章。