**(附件七)**

|  |
| --- |
| 金門縣返鄉安寧照護補助款收據 |
| 茲收到返鄉安寧照護包機補助款  新台幣 拾 萬 仟 佰 元整。  此 致  金門縣衛生局  領款人： （蓋章）  身分證字號：  聯絡電話：（公）  （宅）  地 址：  中華民國 年 月 日 |