**(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 |