

收 據

茲收到新北市政府家庭暴力暨性侵害防治中心被害人醫療補助費用
新臺幣 萬 仟 佰 拾 元整。

具領人簽章：

身分證統一編號：

戶籍地址：

通訊地址：

電 話：

中 華 民 國 年 月 日