附表三

領據

茲領到 **臺南市 114 年度助您好孕-生育力保存補助之款項**

□凍卵補助(2 萬元整)　□凍卵補助_____元(依實際花費)

□凍精補助(3,000 元整)　□凍精補助_____元(依實際花費)

□AMH 抽血檢驗補助(1 仟元整)

確實無訛。

此致　臺南市政府衛生局

領款人:　(簽名)章

身分證字號:

聯絡電話:

地址:

匯款金融機構:　銀行　分行

戶名:

帳號:

中華民國　年　月　日

備註:

1. 領款人為申請人或申請人配偶。
2. 匯款銀行若非臺灣銀行，匯費 10 元領款人負擔。
3. 如有塗改，請於塗改處簽名或蓋章。