領款收據

本診所裝置　　等　人假牙案(假牙修繕案)，已依診治計畫書辦理完成，其診治費用共計　　(請寫國字大寫)元整，屬實無訛。

此　致

臺南市政府社會局

診所名稱：　　(用印)

負 責 人：　　(蓋章)

地址：

統一編號：

電話：

中華民國　　年　　月　　日