



受理醫療院所名稱：○○醫院(衛生所)

甲乙聯：向衛生局申辦補助款

丙聯：申請醫療機構收存

丁聯：繳交申請人收存

## 高雄市政府衛生局協助弱勢個案就醫補助費用證明申請委託同意書

本人 林亞 申請就醫補助費用證明，因故無法親自前往辦理，特委託 葉雲 (與本人關係：母子) 代為辦理。此代理行為視同本人行為，並由本人承擔一切責任。

此致 ○○ 醫院(衛生所)。

委託人：林亞 (親筆簽名)

身分證字號：S120000000

被委託人：葉雲 (親筆簽名)

身分證字號：T200000000

地址：高雄市○○區○○路○○號

電話(日)：(07)7134000

行動電話：0910000000

中 華 民 國 1 0 7 年 3 月 1 日