



受理醫療院所名稱：_____

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_____申請就醫補助費用證明，因故無法親自前往辦理，特委託
_____（與本人關係：_____）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：_____（親筆簽名或捺印）

身分證字號：_____

被委託人：_____（親筆簽名或捺印）

身分證字號：_____

地址：_____

電話(日)：_____

行動電話：_____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日