



高雄市政府衛生局協助弱勢個案就醫補助費用切結書

受理醫療院所名稱：_____

本人_____申請就醫補助費用：

因故無法親自前往辦理，特委託_____（與本人關係：_____）代為辦理。

因故無法使用本人之金融帳戶，同意補助款全數匯入_____（與本人關係：_____）之帳戶如下。

特立此書為據，如有不實，願負一切法律責任，並歸還已補助金額。

此致_____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：

連絡電話：

地址：

● 金融機構名稱：

匯款帳號為申請人本人之帳號，免填

戶名：

帳號：

身分證字號：

甲聯：向衛生局申辦補助款

乙聯：申請醫療機構收存

丙聯：繳交申請人收存

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日