

身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助

委 託 (切 結) 書

本人_____先生(女士), 因_____

_____ (請詳明原因)

無法親自 申請 具領 醫療復健費用及醫療輔具補助款,

故委託_____ (與本人關係: _____) 代為

申請 具領。

此 致

花蓮縣衛生局

委託人:

【蓋章】

身分證字號:

地址:

受託人:

【蓋章】

身分證字號:

地址:

受託人之身份證正面影本

(身份證影本為雙面時, 請浮貼)

受託人之身份證反面影本

最後煩請再次詳細檢視上述所填之資料是否完全屬實; 如經查證以詐欺或其他不正當行為或虛偽之證明申請補助費用者, 應負一切法律責任, 並返還已支付之服務補助經費。

申請人(或受託人)簽名: _____ 備註: 塗改處請務必加蓋私章

中 華 民 國 年 月 日