

油症患者遺屬撫慰金
申請權利人共同委託書

稱謂	姓名	出生 年月日	身分證統一 編號/ 護照號碼	戶籍地址及聯絡電話	委託人簽章
委託人					

以上申請權利人合計____人，茲共同委託_____代表申請油症患者之遺屬撫慰金，並同意將撫慰金匯入受委託人指定之金融機構帳戶。

此致

衛生福利部國民健康署

受委託人：_____（簽章）

中 華 民 國 年 月 日

備註：受委託人應具有申請權利人資格(申請權利人未成年或受有監護宣告時，得由法定代理人或監護人代為簽章，並予註明)