



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：_____（親筆簽名或蓋章）

身分證字號：_____

● 被委託人：_____（親筆簽名或蓋章）

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：_____

中華民國_____年_____月_____日

白聯
向衛生局申請補助款
乙聯
申請醫療機構收存
丙聯
繳交申請人收存