

# 原住民族地區原住民就醫及長期照護資源使用交通費 補助款切結書

茲因申請人\_\_\_\_\_因\_\_\_\_\_申請\_\_\_\_\_年度原住民族地區原住民就醫及長期照護資源使用交通費補助費計新臺幣\_\_\_\_\_元整，同意匯入郵局帳戶帳號：\_\_\_\_\_，戶名\_\_\_\_\_，與申請人關係：\_\_\_\_\_，檢附戶籍謄本或戶口名簿影本乙份，恐口說無憑，特立此書為證。

此致 高雄市政府衛生局

立切結書暨法定代理人(監護人)姓名：\_\_\_\_\_ (簽名或蓋章)

立切結書暨法定代理人(監護人)身分證字號：\_\_\_\_\_

立切結書暨法定代理人(監護人)地址：\_\_\_\_\_

連絡電話、手機：\_\_\_\_\_

中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

承辦人：\_\_\_\_\_

日期： 年 月

日