切　　結　　書

受補助人＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿自＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日至＿＿＿年＿＿月日於＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿醫院接受診療之醫療費用計新台幣＿＿＿＿元整，確實未請領保險給付或高雄市經濟弱勢市民醫療補助以外之其他政府或民間單位相關醫療補助，特立此切結書為憑，若有不實或隱匿提供資料，願依高雄市經濟弱勢市民醫療補助辦法第13條規定，返還所領取之補助。

此致

高雄市政府社會局

立切結書人：　　（簽名及蓋章）

身分證字號：

地　　址：

中　　華　　民　　國　　年　　月　　日