

高雄市政府衛生局

醫療性凍卵補助帳戶轉讓同意書

立同意書人_____申請高雄市醫療性凍卵補助，因
年齡未滿 18 歲，該項補助款請匯入其法定代理人(關
係)_____ (姓名：_____)，
身分證字號：_____) 帳戶(局號：
_____ 帳號：_____) 。

上述若與事實不符，願負一切法律責任，且繳回上述
補助款項，特此具結。

此致

高雄市政府衛生局

立同意書人簽章：

立同意書人身分證字號：

法定代理人簽章：

法定代理人身分證字號：

中華民國_____年_____月_____日