

高雄市政府衛生局身心障礙者醫療費用及醫療輔具費用補助
領款委託書

一、本人_____ (請填身心障礙者姓名) 茲因 ☐ 生病或行動不便 ☐ 工作 ☐ 不識字 ☐ 其他，無法出具金融機構帳戶以領取本項補助款，特委託 _____ (請填代領款人姓名) 辦理並檢具領款委託書。

二、所稱事項與提供之資料皆屬實且符合法令規定，如有虛偽，除繳回溢領款項外，本人及受託人願負一切法律責任。

此致

高雄市政府衛生局

委託人(身心障礙者)：_____ (簽章)

身分證字號：

戶籍地址：

聯絡電話：

受託人：_____ (簽章)

身分證字號： (☐ 已繳身分證影本)

與委託人關係：

聯絡地址：

聯絡電話：

中華民國 年 月 日