

## 臺北市兒童醫療補助資格申辦委託書

工作

茲因  生病或行動不便

不識字

其他

不克前往健康服務中心辦理本項補助申請，特委託\_\_\_\_\_君代為辦理，如有虛偽，願負法律責任。

此致

臺北市

區健康服務中心

委託人：

(簽名或蓋章)

身分證字號：

戶籍地址：

受託人：

(簽名或蓋章)

身分證字號：

戶籍地址：

聯絡地址：

聯絡方式及電話：

與委託人關係：

中華民國年月日