

委 託 書

本人 _____ 因行動不便（或其他原因-請敘明_____）

，本案申請中低收入老人醫療費用同意委由代為具領。

此致

臺南市政府社會局

委託人： (簽章)

身分證字號：

地址：

電話：

被委託人： (簽章)

身分證字號：

地址：

電話：

※請檢附：委任人、受任人之親屬關係證明文件

中 華 民 國 年 月 日