

委 託 書

本人_____因行動不便（或其他原因-請敘明_____），

本案申請☐醫療費用 ☐低收入戶傷病住院看護費用同意委由_____

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：

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

委 託 書

本人_____因患_____（病名）至_____（醫院）就診，因無力負擔醫療（或看護）費用，本案申請☐醫療費用 ☐低收入戶傷病住院看護費用同意委由該院代為具領。

此致

臺南市政府社會局

委託人：_____（簽章）

身分證字號：

地址：

電話：

被委託單位：_____（大印）

統一編號：

地址：

電話：

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日