

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