

授 權 書

本人_____ (未成年病童之法定代理人)因無法親自辦理臺南市弱勢兒童及少年醫療費用補助申請手續，特委託_____先生/女士，持相關文件代為辦理，請惠予受理。

此致

_____區公所

委 託 人：

蓋章：

身分證字號：

戶籍地址：

通訊地址：

電 話：

受委託人：

蓋章：

與委託人之關係：

身分證字號：

戶籍地址：

通訊地址：

電 話：

中華民國 年 月 日