



## 委 託 書

受理醫療院所名稱：\_\_\_\_\_

申請人因  未成年  行動不便  其他\_\_\_\_\_，

委託\_\_\_\_\_先生

\_\_\_\_\_女士

代為申請 108 年度公益彩券回饋金排除就醫障礙計畫補助。如有  
糾紛，概由本人與受委託人自行負責。

此致\_\_\_\_\_醫院。

申請人姓名：\_\_\_\_\_（親自簽章）

申請人身分證字號：\_\_\_\_\_

受委託人姓名：\_\_\_\_\_（親自簽章）

受委託人身分證字號：\_\_\_\_\_

與申請人關係：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

電話(日)：\_\_\_\_\_；手機：\_\_\_\_\_

中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日