



切 結 書

本人_____因未滿 18 歲，_____，委由_____先生/女士於民國 108 年 月 日申請「108 年度公益彩券回饋金排除就醫障礙計畫-苗栗縣協助弱勢個案就醫補助費用證明申請」之

- 健保欠費
- 健保部分負擔
- 住院膳食費
- 偏遠地區交通費
- 救護車費用
- 掛號費
- 無健保身分者就醫時之醫療自付費用(以健保給付範圍為限)

若有涉及任何不法之情事，願將補助金全數退還並負法律上相關責任，以此切結無訛。

申請人： 身分證字號：

電話： 地址：

受委託人： 身分證字號：

地址： 電話：

中 華 民 國 年 月 日