

附件三

苗栗縣政府衛生局 帳戶轉讓同意書

(適用對象：無帳戶之新住民或帳戶凍結之申請人)

立切結書人_____申請苗栗縣政府衛生局「幸福苗栗 好孕來-體外受

精人工生殖技術補助」方案，係因_____

該項補助款請匯入其(關係人)_____

上述若與事實不符，願付一切法律責任，且繳回上述補助款項，特此具結。

☆以下帳戶名稱，請填寫匯入補助款之帳戶名稱

帳戶名稱		身分證字號	
銀行名稱及代號			
帳號			
聯絡電話	()-		
通訊地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	縣市	鄉鎮市 村里 街路 巷 號 樓

黏貼處

存摺封面影本請黏貼最新存摺封面影本

此致

苗栗縣政府衛生局

立切結書人簽名及蓋私章：

身分證字號：

地址：

聯絡電話：

中華民國

年

月

日