附件六之二

中低收入老人傷病醫療暨看護費用補助款請領者
法定繼承人代領切結書

彰化縣_____(鄉鎮市)民 _____(身分證字號：_____)同意由_____代為領取____年____月份中低收入老人傷病醫療暨看護費用補助計新臺幣_____元整，爾後如有任何法律繼承責任，概由代領人負責，特此具結。

此致

彰 化 縣 政 府

法定繼承人：

姓名：　　簽章：　　身分證字號：

姓名：　　簽章：　　身分證字號：

姓名：　　簽章：　　身分證字號：

姓名：　　簽章：　　身分證字號：

姓名：　　簽章：　　身分證字號：

中　華　民　國　　年　　月　　日