

切 結 書

本人 (身份證字號： 出生日期：)，於民國 年
月 日，因 (病名) 在 (醫院名稱) 住院治
療，因本人無力支付醫療費用，今向彰化縣政府申請低收、中低收入戶
醫療補助，同意將該筆醫療費用補助款撥付與 (姓名) 戶頭，特
立此據以資證明，本人日後將不得有任何異議。

此 據

彰化縣政府

立據人： 關係：

出生日期： 電話：

身份證字號：

戶籍地址：

中 華 民 國 年 月 日