

中低收入老人傷病醫療暨看護費用補助款 法定繼承人同意代領切結書

彰化縣_____ (鄉鎮市)民 _____ (身分證字號：_____)

中低收入老人傷病醫療暨看護費用補助計新臺幣_____元整，法定繼承人同意由_____代為領取，爾後如有任何法律繼承責任，概由法定繼承人負責，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