

# 彰化縣中低收入老人傷病醫療暨看護費用補助

## 無力負擔切結書

本人\_\_\_\_\_ (身份證字號：\_\_\_\_\_ )  
於民國\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日起至民國\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日止，  
至\_\_\_\_\_醫院，本人子女及其他家屬無力支付傷病醫  
療及住院看護費用，擬由\_\_\_\_\_醫院協助並先行墊  
付其相關費用，本人同意本次傷病醫療看護費用補助費用補助  
費用新臺幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整，撥付  
給\_\_\_\_\_醫院(附存摺封面影本及醫院公文)，以上所  
述理由確實無訛，如有不實，後果概由本人負責，特此具結。

此致

彰化縣政府

立切結書人：

簽章

身分證字號：

聯絡電話：

地 址：

切結書人身份證正面影本黏貼處

切結書人身份證反面影本黏貼處

中 華 民 國 年 月 日