

附件六之一

彰化縣中低收入老人傷病醫療暨看護費代領切結書

本人 (家屬姓名)為中低收入戶老人 (病患
姓名)申請 ☐ 傷病醫療 ☐ 看護費用，因 (改撥
親屬之郵局帳戶的原因，例：病患已逝、具領人已負擔或
家境困難無法預付看護人員費用等)，請同意將補助費用
新台幣 拾 萬 仟 佰 拾 元
過撥至下列郵局帳戶，戶名：

局號： 帳號： (附存摺封面影本
及親屬關係證明)，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：

蓋章：

與案主關係：

身份證字號：

地 址：

中 華 民 國 年 月 日