

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 _____) 治療, 治療期間因病情需要共計
新台幣 _____ 拾 _____ 萬 _____ 仟 _____ 佰 _____ 拾 _____ 元整。

因無力支付醫療費用, 今向彰化縣政府申請弱勢兒童及少年醫療費
用補助, 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