

# 委 託 書

(不適用委託他人具領補助款)

\_\_\_\_\_ (病患)因\_\_\_\_\_事由，無法親自向臺中市\_\_\_\_\_區公所申辦臺中市市民醫療補助，同意委由\_\_\_\_\_君代辦相關申請事宜，屬實無訛，恐口無憑，立此為據。

此致

臺中市大肚區公所

委託人：

(簽章)

(未成年人或受監護宣告者，由法定代理人代表)

身分證字號：

地 址：

電 話：

受委託人：

(簽章)

身分證字號：

與委託人關係：

地 址：

電 話：

中華民國      年      月      日