

桃園市政府衛生局公益彩券回饋金補助費用 申請委託書

本人因 未成年 行動不便 其他_____，

委託_____代為申請公益彩券回饋金排除就醫障礙計畫補助。

如有糾紛，概由本人與受委託人自行負責。

申請人姓名：_____（簽名或蓋章）

申請人身分證字號：_____

受委託人姓名：_____（簽名或蓋章）

受委託人身分證字號：_____

與申請人關係：_____

中華民國 年 月 日