

**雲林縣衛生局 113 年度公益彩券回饋金弱勢族群醫療補助計畫
申請委託書**

委託人基本資料			
姓名		身分證字號	
性別		出生年月日	
電話		手機	
戶籍地址			
居住地址			
受委託人基本資料			
姓名		身分證字號	
性別		出生年月日	
電話		手機	
戶籍地址			
居住地址			
★與委託人關係			
委託同意書簽章			
1、本人_____ (委託人) 向雲林縣衛生局申請 113 年度公益彩券回饋金弱勢族群醫療補助，因無法親自前往辦理，特委託_____ (受託人) 代為辦理。 2、委託人及受託人所提供資料均屬實，若有不實，願負相關法律責任。 3、本人同意主管機關基於評估及審核必要，調閱本人或家屬之戶籍或財稅相關資料。 ★委託人簽章：_____ ★受託人簽章：_____ 113 年_____月_____日			

※請另檢附受託人之身分證正反面影本乙份，以供查核。