

申請代理委託（授權）書

附件 2

委託人（即申請人）：_____【簽章】已瞭解並將申請醫療費用補助相關事宜，委託（授權）受委託人（身分證統一編號：_____）：_____【簽章】代為申請，如有糾紛，概由雙方自行解決；如有不實經查獲者，雙方願負相關法律責任。

此致
新竹市衛生局

日期：_____年_____月_____日