

## 切 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。

因本人無力支付醫療費用, 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