

# 切 結 書

本人已獲得新竹縣政府身心障礙者  生活  醫療輔助器具

\_\_\_\_\_ (填寫輔具項目) 補助計新台幣計

萬 仟 佰 拾 元 整 (大寫) , 因 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (填寫原因) 同意將補助款支付予 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_(個人或單位名稱)

特此證明

此致

新竹縣政府

切結人(申請人)姓名：

身份證字號：

戶籍地址：

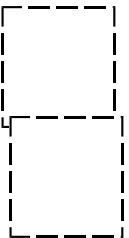
受委託人(法定代理人)姓名：

身份證字號：

戶籍地址：

連絡電話：

與切結人關係：



中 華 民 國 年 月 日