

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_____

____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

切結人姓名： (簽章)

身份證字號：

戶籍地址：

代理人(法定代理人)姓名：

身份證字號： (簽

章)

戶籍地址：

聯絡地址：

連絡電話：

與切結人關係：

中 華 民 國 年 月 日