

代墊證明單

申請人_____ (患者) 係本縣核列 低收入戶 中低收入戶，於
____年__月__日__時至____年__月__日__時止住院，需看護費計__萬
仟__佰__拾__元整，出院時無法繳付由_____ (機構名
稱或親友) 代墊，屬實無訛。

此致

苗栗縣政府

申請人： (簽章)

身分證字號：

地址：

代墊人 (機構或親友)： (簽章)

統一編號或身分證字號：

地址：

中 華 民 國 年 月 日