

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