

代墊證明單

申請人 (患者)係本縣核列 ☐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