

共同委任及切結書

(臺中市低收入及中低收入身心障礙者傷病住院看護費用補助適用)

為辦理_____君(國民身分證字號：_____)之低收入及中低收入身心障礙者傷病住院看護費用補助事宜，吾等繼承人共__人，共同委任_____君(國民身分證字號：_____)代表申領該補助之全部款項並負責分與各繼承人。如因申領低收入及中低收入身心障礙者傷病住院看護費用補助發生任何法律責任及爭訟，委任人暨受任人願負一切責任。

此致

臺中市政府

委任人： (簽章) 身分證字號：

委任人： (簽章) 身分證字號：

委任人： (簽章) 身分證字號：

委任人： (簽章) 身分證字號：

委任人： (簽章) 身分證字號：

委任人： (簽章) 身分證字號：

受任人： (簽章) 身分證字號：

中華民國 年 月 日