**新北市林口區公所辦理下福里民醫療保健費**

**申請人變更同意書**

原申請人(即原受款人)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，地址:下福里 鄰

因故同意變更新申請人(即新受款人，需為戶內任一符合補助資格者)為\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。

此 致

新北市林口區公所

原申請人姓名： 簽章：

身分證字號： 電話：

新申請人姓名： 簽章：

身分證字號： 電話：

民國 年 月 日