

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