

____年新北市林口區下福里民醫療保健費

申請書暨切結書

申請日期：____年____月____日

申請人 (即戶內任一符合補助資格者)	戶籍地址：新北市林口區下福里____鄰_____	
	身分證字號：	連絡電話：

戶內人口姓名	身分證字號	公所審查	戶內人口姓名	身分證字號	公所審查
		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合			<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合
		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合			<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合
		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合			<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合
		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合			<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合
		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合			<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合
		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合			<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合
		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合			<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合
		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合			<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合

以上戶內人口申請____年林口區下福里民醫療保健費每人補助____元(視申請人數調增補助額度)，同意撥入申請人帳戶內，並由申請人負責轉發戶內各人員絕無異議，並願負一切法律責任，特立此切結書為憑。並同意新北市林口區公所查調戶內戶籍資料。

申請人：

(簽章)

以下資料由公所人員填寫，申請人勿填

符合資格計____人；不符資格計____人