**新北市林口區公所辦理下福里民醫療保健費**

**複查申請書**

本人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，地址:下福里 鄰

因申請下福里民醫療保健費案，同意基於申辦需要，由業務單位查調申請人及戶內人口之戶籍相關資料以利審核。

 此 致

 新北市林口區公所

申請人姓名： 簽章：

身分證字號： 電話：

受託人姓名： 簽章：

身分證字號： 電話：

民國 年 月 日