

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