

共同委任及切結書

茲為辦理_____君（身分證字號：_____）之宜蘭縣中低收入老人參加全民健康保險無力負擔醫療費用補助款申請事宜，吾等序法定繼承人共__人，共同委任授權_____君代表申領該補助之全部款項並負責分與各繼承人。如因申領該補助款項發生任何法律責任及爭訟，委任人暨受任人願負一切責任。

此致

宜蘭縣政府

委任人：

（簽章）

受任人：

（簽章）

中華民國 年 月 日