**新竹縣政府衛生局住宿式服務機構使用者補助費**

**撥付受委託人之委託書**

委託人（機構使用者）　　　 　 (身分證字號：　　　　　 　)於民國　 　年　 　月　 日起至民國　 　年　　 月　 　日止，在

 　　　　　 入住，入住期間費用由受委託人　　 　　 (身分證字號：　　　　　 　)以現金支付費用。因本人無金融帳戶，同意本次住宿式補助費用款撥付給（受委託人），並請將補助款項匯至受委託人 銀行 帳戶。

**此致**

**新竹縣政府衛生局**

委託人：簽章

聯絡電話:

地址:

受委託人：簽章

聯絡電話:

地址:

關係：

中華民國 年 月 日

※請將相關證明文件影本浮貼於下列欄位中

|  |  |
| --- | --- |
| 受委託人身分證正面影本黏貼處(正面)□同申請人 | 受委託人身分證正面影本黏貼處(反面)□同申請人 |