**委託及授權匯款同意書**

本人 (申請人)辦理109年度住宿式服務機構使用者補助方案，因無任何存摺可供使用，同意核予本人之補助款委由 (受託人)領取，匯款至下列存款帳戶：

匯款銀行：

匯款帳號：

匯款戶名：

如有虛偽不實及任何紛爭，本人及受託人願負相關法律責任，請惠予受理。

此致 彰化縣衛生局

委託人(申請人)

姓名： （簽名或蓋章）

與受託人關係：

身分證字號：

戶籍(通訊)地址：

連絡電話：

受委託人

姓名： （簽名或蓋章）

身分證字號：

戶籍(通訊)地址：

連絡電話：

中 華 民 國 年 月 日