澎湖縣嚴重或緊急傷病縣民轉診就醫交通費補助申請

陪 同 切 結 書

(陪同人姓名) (病患姓名)

立切結人 因家屬 嚴重傷病，經

醫師確定需轉診到台灣醫院，因其12歲以下 65歲以上

13歲~64歲

且身體虛弱，由本人陪同前往就醫，如有不實，陪同人員
所支出交通費，由立切結人自付並負一切法律責任。

此 致

澎湖縣政府

(以下陪同人資料)

立 具 人：

身分證號碼：

與病患關係：

地 址：

電 話：

中華民國 年 月 日