

油症患者遺屬撫慰金 申請權利人共同委託書

稱謂	姓名	出生 年月日	身分證統一 編號/ 護照號碼	戶籍地址及聯絡電話	委託人簽章
委託人	王一	○年○月○日	A111111○○○○	○○市○○路○○號○樓 電話：○○○○	王一
委託人	王二	○年○月○日	A211111○○○○	○○市○○路○○號○樓 電話：○○○○	王二
委託人	王三	○年○月○日	A111111○○○○	○○市○○路○○號○樓 電話：○○○○	王三
委託人	王○○ (未成年)	○年○月○日	A111111○○○○	○○市○○路○○號○樓 電話：○○○○	王○○/王一代
委託人	劉○○ (未成年)	○年○月○日	A211111○○○○	○○市○○路○○號○樓 電話：○○○○	劉○○/王二代
委託人	劉○○ (未成年)	○年○月○日	A111111○○○○	○○市○○路○○號○樓 電話：○○○○	劉○○/王二代

以上申請權利人合計 6 人，茲共同委託 王老太太 代表申請油症患者之遺屬撫慰金，並同意將撫慰金匯入受委託人指定之金融機構帳戶。

此致

衛生福利部國民健康署

受委託人： 王老太太 (簽章)

中華民國 104 年 ○ 月 ○ 日

備註：受委託人應具有申請權利人資格(申請權利人未成年或受有監護宣告時，得由法定代理人或監護人代為簽章，並予註明)