

(附件二)

切 結 書

具切結人_____申請_____年度原住民全民健康保險費自付保險費補助，本人完全符合並同意下列各款規定：

- 一、本人確實符合非自願性失業、家庭經濟突陷困境或類似特殊情況者。
- 二、本項補助每年每人補助不超過三個月為限，如已接受政府同性質補助者，不得重複申請。
- 三、本人如違反以上規定者，應主動告知當地區公所，並自喪失資格之日起停止接受補助，否則應繳還已補助金額，並經本會通知限期返還，逾期不返還者，依法移送強制執行。

此致

臺北市政府原住民**族**事務委員會

具結人簽章：

身分證字號：

住址：

電話：

中 華 民 國 年 月 日