

南投縣身心障礙者重新鑑定自費檢查補助

申請

領款

委託書

訂定日期：104年10月13日

一、本人_____ (請填身心障礙者姓名) 茲因

生病或行動不便

工作

不識字

其他_____

無法親自辦理本項補助

申請

領款

，特委託_____

(請填代辦人姓名) 辦理並檢具委託書。

二、所稱事項與提供之資料皆屬實且符合法令規定，如有虛偽，除繳回溢領款項外，本人及受託人願負一切法律責任。

此致

南投縣政府衛生局

委託人(身心障礙者)：_____ (簽章)

身分證字號：

戶籍地址：

聯絡電話：

受託人：_____ (簽章)

身分證字號：

(已繳身分證影本)

與委託人關係：

聯絡地址：

聯絡電話：

中華民國

年

月

日