

臺北市身心障礙者醫療輔助器具費用補助申請委託書

_____ 茲因 生病或行動不便
 工作
 不識字
 其他 _____

不克前往區公所/臺北市政府衛生局辦理本項補助申請，

特委託 _____ 君代為辦理，如有虛偽，願負法律責任。

此致

臺北市 _____ 區公所/臺北市政府衛生局

委託人（身心障礙者）：

（簽名或蓋章）

身分證字號：

戶籍地址：

受託人：

（簽名或蓋章）

身分證字號：

戶籍地址：

聯絡地址：

聯絡方式及電話：

與身心障礙者關係：

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日