

# 南投縣政府衛生局

附件一

## 身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助委託書

本人\_\_\_\_\_因事不克前來南投縣政府衛生局辦理申請補助項

目：身心障礙者醫療復健費用

身心障礙者醫療輔具費用

故委託\_\_\_\_\_前來辦理相關事宜，以上行為皆經過申請人本人同意辦理，若有不實，願負擔相關法律責任。

委託人：

【蓋章】

身分證字號：

住址：

電話：

受委託人：

【蓋章】

身分證字號：

地址：

電話：

與委託人關係：

受委託人

身分證正面影本

受委託人

身分證反面影本

中華民國 年 月 日