**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

1. 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□申請

□領款

無法親自辦理本項補助 ，特委託\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(請填代辦人姓名)辦理並檢具委託書。

1. 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