

## 臺北市身心障礙者醫療輔助器具費用補助申請委託書

生病或行動不便  
 \_\_\_\_\_ 茲因  工作  
 不識字  
 其他 \_\_\_\_\_

不克前往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