

臺北市身心障礙者醫療費用及醫療輔助器具補助撤回申請書

申請人(身心障礙者姓名)：_____，身分證字號：

_____，茲因_____，故申請撤回原核定
醫療輔具補助項目計_____項，包括：_____、
_____、_____。

特此證明，如有不實，願負擔一切法律責任。

此致

臺北市政府衛生局

申請人：_____ (簽章)

連絡電話：_____

通訊地址：_____

中 華 民 國 年 月 日

應備文件：

1. 原核定函 1 份。
2. 撤回申請書 1 份。
3. 如本人無法親辦，委託他人代為辦理，應檢附委託書 1 份。