

高雄市身心障礙鑑定自費檢查補助 領款委託書

105.12.29 修正

一、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，無法出具金
融機構帳戶以領取本項補助款，特委託_____
（請填代領款人姓名）辦理並檢具領款委託書。

二、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

高雄市政府衛生局

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：（請繳交身分證影本）

與委託人關係：

聯絡地址：

聯絡電話：

中華民國

年

月

日