附件七

106.04.11 起修正適用

臺中市身心障礙者傷病住院看護費用補助

具 領 委 託 書

本人(申請人)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿，因＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(敘明原因）無法親自具領 臺中市辦理身心障礙者傷病住院看護費用補助款，故委託(代理人)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（關係：＿＿＿＿＿＿＿＿ ）代為具領。

申請人：　　（簽名或蓋章）

身分證字號：

地址：

代理人：　　（簽名或蓋章）

身分證字號：

地址：

練絡電話：

中華民國　　年　　月　　日