

附件三

委 託 書

(臺中市辦理身心障礙者傷病住院看護費用補助適用)

本人_____先生(女士)，因_____

_____ (請詳明原

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_____ (關

係：_____) 代為具領。

委託人： (簽章)

身分證字號：

地址：

受託人： (簽章)

身分證字號：

地址：

中華民國 年 月 日