

臺中市身心障礙者生活補助費審核結果申復書 109.05

系統案號：_____

申請人		聯絡電話		
代理人		聯絡電話	市內： 手機：	
與申請人關係				
戶籍地址		通訊地址	<input type="checkbox"/> 同左	
核定通知書 發文日期及文號	年 月 日	申請人收受 或知悉核定 通知之年月 日	年 月 日	
區公所核定不符資格之原因	<input type="checkbox"/> 全家應計算人口每人每月平均收入超過標準。 <input type="checkbox"/> 全家應計算人口動產超過標準。 <input type="checkbox"/> 全家應計算人口不動產超過標準。 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 未實際居住本市。 <input type="checkbox"/> 最近一年居住國內未達183日。			
申復理由說明				
檢附證明文件	<input type="checkbox"/> 無			

注意事項：

1. 各欄位務請詳填，如未填寫、誤寫致影響自身權益者，由申請人負責。
2. 申請人如不服區公所之核定，應於行政處分書(核定公文)送達後15日內，依不符原因填具本申復書及檢附相關證明文件向區公所提出申復，申復以1次為限。以其他理由提起或未敘明理由者，不予受理。
3. 區公所就申復事項應先行重新審查原處分是否合法妥當，其認申復有理由者，得自行變更原行政處分，並通知申請人。區公所未先行審查即送社會局者，以退件處理。

申復日期： 年 月 日

申請人(代理人)簽名：