

高雄市政府衛生局身心障礙者醫療費用及醫療輔具費用補助
申請委託書

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，無法親自辦
理本項補助申請，特委託_____（請填代辦
人姓名）辦理並檢具委託書。

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：☐（☐已繳身分證影本）

與委託人關係：

聯絡地址：

聯絡電話：

中華民國 年 月 日