

附件三

委託書

(臺中市低收入及中低收入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低收入及中低收入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：

身分證字號：

地址：

受託人：

身分證字號：

地址：

中華民國 年 月 日