

臺北市身心障礙者參加社會保險保險費補助方式變更申請
委託書

108.9

本人_____ (姓名)因有事無法親自前來辦理臺北市身心障礙者參加社會保險保險費補助方式變更申請，茲委託_____ (姓名)持本委託書及本案所需之相關證明文件，如有虛偽不實及任何紛爭，本人願負相關法律責任。

此致

臺北市政府社會局

身心障礙者姓名： (簽名或蓋章)
身分證字號：
電話：
戶籍地址：
通訊地址：

受委託人姓名： (簽名或蓋章)
身分證字號：
電話：
戶籍地址：
通訊地址：
與身心障礙者關係：

中 華 民 國 年 月 日