

宜蘭縣

鄉(鎮、市)

低收入戶 中低收入戶
年 身心障礙者生活補助費
中低收入老人生活津貼

申復表

申覆日期： 年 月 日

申請人姓名	住址： 村(里) 鄰 路 段 巷 弄 號 樓之 聯絡電話：			
申復事由	申復人(簽章)：			
初審意見	村(里)幹事：	承辦員：	課長：	鄉鎮市長：
核定意見	承辦員：	科長：	處長：	縣長：