

宜蘭縣身心障礙者監護或輔助宣告補助申請表

申請日期： 年 月

日

身心障礙者 (申請人) 姓 名		身分證 字號		身障手冊 類別等級		蓋章	
受託人姓名		身分證 字號		與身障 者關係		蓋章	
戶籍地址						電話	
通訊地址						電話	
檢 附 證 件	一、 <input type="checkbox"/> 身心障礙者監護或輔助宣告補助申請表。 二、 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊或身心障礙證明影本。 三、 <input type="checkbox"/> 低收入戶、中低收入戶證明或領有生活補助費者之證明文件。 四、 <input type="checkbox"/> 法院(規費)收據、指定鑑定醫院收據及領據。 五、 <input type="checkbox"/> 郵局或金融機關存摺封面影本。 六、 <input type="checkbox"/> 委託書。 七、 <input type="checkbox"/> 領據。 八、 <input type="checkbox"/> 其他：						
備 註	一、 身心障礙者、收據之申請人應為同一人。 二、 請於醫院鑑定後半年內檢附相關文件至宜蘭縣政府社會處老人及身心障礙福利科申請補助。						