

宜蘭縣身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助 申復表

鄉鎮市別：

申復日期： 年 月 日

申復人（應檢附身分文件）		身分證字號		
戶籍地址	村(里) 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓之			
公文寄送地址	☐ 同上 村(里) 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓之			
受託人（應檢附身分文件）		與申復人關係		
聯絡電話	（住）： （行動）：			
申復事由	申復人或受託人(簽章)：			
初審意見	村(里)幹事	承辦員	課長	鄉(鎮市)首長
核定意見	承辦員		單位主管	機構主管