

臺中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

113.06

本人(姓名)_____因有事無法親自前來辦理臺中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 _____區公所

委託人

姓名：_____（簽名或蓋章）

身分證字號：

戶籍(通訊)地址：

電話：

手機：

受委託人（受委託人請攜帶身分證、印章）

姓名：_____（簽名或蓋章）

身分證字號：

戶籍(通訊)地址：

電話：

手機：

與委託人關係：

中 華 民 國 年 月 日