

金門縣身心障礙者權益受損協調申請書

申請人基本資料			
姓 名		性 別	☐ 男 ☐ 女
身分證字號		出生年月日	年 月 日
障 礙 類 別 / 等 級	☐ 檢附身心障礙證明影本	服務單位	
聯 絡 電 話	(手機) (住家)		
通 訊 地 址			
代理人基本資料(無則免填)			
姓 名		與申請人關係	
身分證字號		出生年月日	年 月 日
聯 絡 電 話	(手機) (住家)		
通 訊 地 址			
相對人基本資料			
姓 名		兩 造 關 係	
聯 絡 電 話	(手機) (住家)		
通 訊 地 址			
協調 事件 概要	基於身心障礙者權益保障法第____條____項____款，本人法定權益已有受損，故申請權益受損協調。 協調事項及權益受損事件之事實、理由說明如下：		

請完整填寫申請書，如資料不完備，將通知申請人於15日內補正。逾期未補正者，不予受理。