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	分言	證 字	號		出生年	月	日	年 月 日			
障類	別	/ 等	凝級		服務單	旦位					
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	く闘	係				
身	分言	登字	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	嗣	係				
聯	絡	電	話	(手機)	(住家))					
通	訊	地	址								
事	3.調 件 要	受損	, ,	心障礙者權益保障法第_ 故申請權益受損協調。 項及權益受損事件之事實							

• • • •	• • • •	-	前知悉申請 是否同意將	• • •				• .		
本人就可	申請協	調事件)	听述內容皆	屬實	,如有不	實,願	負一切	法律責	責任。	
申請人	:			簽章						
代理人	:			簽章	(協調當	日如為代	理人出	席 ,應表	是具委託	書)
中	華	, 國		年	<u>E</u> .		月		日	

申請書及佐證資料請「掛號」寄至:金門縣金城鎮民權路173號(金門縣政府社會處社會福利 科收)。

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。