

# 年度身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助

## 申請不符合申覆理由表

\_\_\_\_\_鄉（鎮、市）\_\_\_\_\_村（里） 受理日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

|                |  |       |    |
|----------------|--|-------|----|
| 編號             | 申覆人(申請人)<br>姓名   | 身分證字號 |    |
| 戶籍地址           | 聯絡電話   |       |    |
| 申覆理由說明         |  |       |    |
| 村（里）幹事<br>覆核意見 |  |       |    |
| 申請人（簽）蓋章       | 村（里）幹事   |       |    |
| 縣府覆核意見         | 核定意見：1. <input type="checkbox"/> 維持原處分<br>2. <input type="checkbox"/> 變更原處分<br>備註： |       |    |
| 複查員            | 承辦人  | 科長    | 處長 |
|                |  |       |    |