

# 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) 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 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 2. <input type="checkbox"/> 變更原處分 備註：		
複查員	承辦人	科長	處長