

# 高雄市政府身心障礙者權益受損協調申請書

申請日期：中華民國      年      月      日

申請協調人 資料			
姓名		身分證字號	
生日	年      月      日	服務單位	
障礙類別	類	等級	
連絡電話	(日)	(夜)	(手機)
通訊地址			
<input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 委託代理人 資料			
姓名		身分證字號	
生日	年      月      日	連絡電話	(手機)
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同申請人 /		
相對人 資料			
相對人 (機關名稱)		機關代表人 姓名/職稱	
機關電話		與申請人 關      係	
機關地址			
申請協調事項及案件概要			
權益受損事實	本人因於…… 一、 二、 三、		
協調事項	一、 二、 三、		

檢 附 文 件	<input type="checkbox"/> 身心障礙證明影本\ <input type="checkbox"/> 委託書 <input type="checkbox"/> 其它_____ (請自行列舉)
<p>為讓相對人能於會前清楚申請人陳述之受損事實及協調事項，並據以準備相關資料以利運作，是否同意將申請書影本送予相對人？ <input type="checkbox"/>同意 <input type="checkbox"/>不同意</p> <p>申請人：                                簽章</p> <p>代理人：                                簽章</p> <p style="text-align: center;">中華民國          年          月          日</p>	

請完整填寫申請書，如資料不完整，將退回請申請人於15日內補正，屆期未補正者不予受理。