**輔具評估委託書**

申請人茲因 □生病或行動不便□未滿20足歲 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，無法親自辦理輔具評估申請手續，特委託\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (代理人) 與申請人關係 （請註明）持相關文件（**※請檢附申請人及受委託人身分證證件影本。**）代為辦理，請惠予受理，受任人未從中獲取不相當之利益，否則應受法律訴追。

申請人簽章︰ 身分證統一編號︰

受委託人簽章︰ 身分證統一編號︰

中華民國 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 申請人身份證影本粘貼處(正面) | 申請人身份證影本粘貼處(反面) |
| 受委託人身份證影本粘貼處(正面) | 受委託人身份證影本粘貼處(反面) |