

澎湖縣政府辦理身心障礙者生活補助費申覆書

稱謂	姓名	出生年月日	身分證統一編號	聯絡電話	戶籍地址
申請人					
敘明申請不符合之要件(請勾選)	☐ 超過平均每人每月最低生活費 2.5 倍 ☐ 超過動產一定金額標準 ☐ 超過全戶不動產公告現值 650 萬元標準				
申 覆 內 容					

填表日期： 年 月 日