**委託及授權書**

本人 (申請人)，因故無法親自辦理109年度住宿式服務機構使用者補助方案，乃全權委託 □機構 (機構名稱)

 □受託人 (機構負責人或受託人姓名)

代為申請辦理，如有虛偽不實及任何紛爭，本人及受託(代理)人願負相關法律責任，請惠予受理。

此致 彰化縣衛生局

委託人(申請人)

姓名： （簽名或蓋章）

與受託人關係：

身分證字號：

戶籍(通訊)地址：

連絡電話：

受委託人或機構

機構名稱/姓名： （簽名或蓋章）

身分證字號/統一編號：

戶籍(通訊)地址：

連絡電話：

中 華 民 國 年 月 日