「臺北市身心障礙者權益保障推動小組」受理身心障礙者權益受損協調申請書

申請人資料			
姓名		出生年月日	年　　月　　日
身分證字號		服務單位	
障礙類別	（請檢附身心障礙證明或手冊影本）		
聯絡電話	（手機）　　（日）　　（夜）		
通訊地址			

代理人資料			
姓名		出生年月日	年　　月　　日
身分證字號			
聯絡電話			
通訊地址			

申請協調事項及案件事實

基於身心障礙者權益保障法第_____條_____項_____款，本人法定權益已有受損，故申請權益受損協調。協調事項及案件事實說明如下：

一、

二、

三、

四、

為讓本案相對人能於會前知悉申請人陳述之案件事實及協調事項，並據以準備相關資料，以利會議運作，是否同意將申請書影本影送予相對人？ □同意　□不同意

申請人：　　簽章

代理人：　　簽章（協調當日如為代理人出席，應提具委任書）

中　華　民　國　　年　　月　　日

申請書及佐證資料請「掛號」寄至：11008 臺北市信義區市府路 1 號 1 樓東北區（臺北市政府社會局身障科），聯絡電話：1999（外縣市請撥 02-27208889）轉分機 2267、2268，傳真：02-27209229。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。