

桃園市大溪區戶政事務所到府服務申請暨查證書

民國 年 月 日

當事人 姓名		出生 日期	年 月 日	國民身分證 統一編號	
服務對象 請擇一勾選	<input type="checkbox"/> 年邁行動不便者。 <input type="checkbox"/> 身心障礙行動不便者。 <input type="checkbox"/> 重大傷病住院或在家療養不便外出者。 <input type="checkbox"/> 傷病昏迷、植物人等重大疾病(限補證)。 <input type="checkbox"/> 在家中獨自照顧6歲以下兒童，身分證遺失有急迫需要者。 <input type="checkbox"/> 其他有正當理由經戶所核准辦理者_____。				
當事人 戶籍地址	桃園市 區 里 鄰 路(街) 段 巷 街 號 樓之				
申請人	姓名	(簽章)	國民身分證 統一編號	連絡 電話	
	戶籍 地址	縣(市) 市(鄉鎮區) 里(村) 鄰 路(街) 段 巷 弄 街 號 樓之			
	與當事 人關係	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父/母 <input type="checkbox"/> 子/女 <input type="checkbox"/> 其他：			
訪視地點 (請填寫當事人 現在所在地點)					
申請案件 類別	<input type="checkbox"/> 印鑑登記(變更、廢止登記) <input type="checkbox"/> 印鑑證明_____份 <input type="checkbox"/> 補領國民身分證 <input type="checkbox"/> 戶籍登記 <input type="checkbox"/> 其他經戶所核准辦理之事項：_____				
以下由戶政事務所填寫					
查證時間	年 月 日 時 分				
承辦人員 查證情形	<input type="checkbox"/> 當事人意識清楚，明白表示要辦理上開申請案件。 <input type="checkbox"/> 當事人意識不清，無法受理。 <input type="checkbox"/> 當事人意識不清，由家屬或實際照顧者切結領取身分證。 切結：當事人無法親自申請並領取，由切結人領取如有不實願負一切法律責任。 代領人：_____身分證字號_____簽收日期_____				
當事人	(簽章)	查證人	(職章)		

承辦人：

課長：

秘書：

主任：