

雲林縣斗南戶政事務所 到府(院)服務申請書

服務對象 (當事人)	姓 名	身分證統一編號	電 話
申請人			
申請人係當事人之	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 其他		
服務項目	<input type="checkbox"/> 戶籍登記：_____ <input type="checkbox"/> 印鑑登記 <input type="checkbox"/> 印鑑變更 <input type="checkbox"/> 印鑑廢止 <input type="checkbox"/> 印鑑證明 份，使用目的：_____ (非必填項目) <input type="checkbox"/> 國民身分證補發 <input type="checkbox"/> 戶籍遷入、住變查實 <input type="checkbox"/> 其他：		
服務地點：斗南鎮、 古坑鄉、大埤鄉	本轄 _____ 村(里) 鄰 _____ 路(街) 段 巷 _____ 弄 _____ 號 樓之 _____		
服務原因	<input type="checkbox"/> 身患重大疾病 <input type="checkbox"/> 行動不便 <input type="checkbox"/> 其他：		
申請方式	<input type="checkbox"/> 來所 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 網站 <input type="checkbox"/> 電子信箱 <input type="checkbox"/> 傳真 <input type="checkbox"/> 本所主動辦理 <input type="checkbox"/> 其他：		
到府(院)服務時間	_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分		
實地訪查結果	<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國民身分證。 切結：當事人無法親自申請並領取，由_____君代為領取國民身分證乙張無訛，且負保管之責，若非屬實代領人願付法律責任。代領人：_____，國民身分證統一編號：_____，簽收日期：_____。 <input type="checkbox"/> 其他：		
申請人簽章		申請時間	_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分
服務人員		主 管	