

衛生福利部社會及家庭署 109 年度單親培力計畫 同意書

茲同意本人未成年子女(申請者本人姓名)申請衛生福利部社會及家庭署 109 年單親培力計畫補助，並切結其填寫申請表和所附文件均屬實，且未領取政府學費、學雜費、學分費補助，否則一併負擔法律責任。若有重複領取、提供不實資料、喪失扶助資格，衛生福利部社會及家庭署得停止扶助並追回溢領款項。

此 致

衛生福利部社會及家庭署

法定代理人(未成年申請人之監護人)：

姓名：(簽名或蓋章)

身分證統一編號：

聯絡電話：

地址：

中 華 民 國 1 0 9 年 月 日

※本同意書於申請者本人未滿 18 歲時，需得法定代理人同意申請用。