

中華醫事科技大學 114 學年度第一學期學生專車優惠申請表  
※請於 114.10.03 日前辦理，逾時不再受理。

姓名：	學號：
班級：	聯絡電話(手機)：
車別：	搭車地點：
戶籍所在地：	
申請日期：中華民國                      年                      月                      日	
申請類別： <input type="checkbox"/> 低收入戶。 <input type="checkbox"/> 身心障礙生。	
審核結果： <input type="checkbox"/> 准予補助 <input type="checkbox"/> 不予補助 未獲補助之理由： <input type="checkbox"/> 1. 未符合補助條件 <input type="checkbox"/> 2. 未提供相關證明資料	
核准之優惠(票價八五折)金額：新台幣_____元整 ※存摺影印本黏貼處※	