

# 臺南市政府社會局預防走失愛心手鍊服務申請表

區別：\_\_\_\_\_區

申請日期：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

申請類別：(二擇一，請務必勾選)

老人

身心障礙者

## 一、基本資料

|      |                                    |
|------|------------------------------------|
| 姓 名  | 身分證字號                              |
| 居住地址 | <input type="checkbox"/> 同戶籍地址，其他： |
| 手腕尺寸 | 公分 (請務必測量填寫，實際尺寸再加1公分)             |

|   |   |
|---|---|
| <b>當事人身分證或身心障礙證明(手冊)</b><br><b>正面影本浮貼</b> | <b>當事人身分證或身心障礙證明(手冊)</b><br><b>反面影本浮貼</b> |
|   |   |

## 二、家屬或緊急聯絡人基本資料

|      |        |
|------|--------|
| 姓 名  | 與當事人關係 |
| 聯絡電話 | 行動電話   |

|                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>家屬或緊急聯絡人身分證</b><br><b>正面影本浮貼</b> | <b>家屬或緊急聯絡人身分證</b><br><b>反面影本浮貼</b> |
|                                     |                                     |

-----  
(以下由辦理機關審核)  
-----

三、區公所審核及核章：

|      |  |    |  |
|------|--|----|--|
| 初核意見 | <input type="checkbox"/> 符合本市預防走失愛心手鍊服務申請<br><input type="checkbox"/> 不符合，原因：_____ |    |  |
| 承辦人員 |  | 課長 |  |

四、社會局複核及核章：

|      |   |    |  |
|------|---|----|--|
| 複核意見 | <input type="checkbox"/> 符合，愛心手鍊編號：_____所轄警察分局：_____<br><input type="checkbox"/> 不符合，原因：_____ |    |  |
| 承辦人員 |   | 科長 |  |