

臺南市身心障礙者臨時及短期照顧服務申請表

基本資料	身心障礙者姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日
					身分證字號	
	戶籍地址				電話	日間:
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍 <input type="checkbox"/> 不同戶籍 (請註明)				手機:
障礙類別		障礙等級	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度			
個案狀況	生理疾病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，(請註明疾病名稱: _____)				
	生活狀況	<input type="checkbox"/> 在家照顧 <input type="checkbox"/> 日托機構收容 <input type="checkbox"/> 啟智班就學 <input type="checkbox"/> 住宿教養機構	已使用 資源	<input type="checkbox"/> 居家服務 <input type="checkbox"/> 家庭托顧 <input type="checkbox"/> 社區居住 <input type="checkbox"/> 社區日間作業設施 <input type="checkbox"/> 其它，請說明_____		
申請項目	<input type="checkbox"/> 臨時照顧服務 需要服務日期： 月 日 時 分至 月 日 時 分					
	<input type="checkbox"/> 短期照顧服務 需要服務日期： 月 日 時 分至 月 日 時 分					
服務內容	<input type="checkbox"/> 1. 協助膳食。 <input type="checkbox"/> 2. 簡易身體照顧服務。 <input type="checkbox"/> 3. 臨時性之陪同就醫。(限臺南市內醫療院所) <input type="checkbox"/> 4. 其他符合臨時及短期照顧服務精神之項目：					
<p>綜上所述狀況均屬確實，如經查證以詐欺或其他不正當行為或虛偽之證明申請補助費用者，則應負一切法律責任，並返還已支付之服務補助經費。</p>						
申請人簽章：_____ (與身心障礙者關係) 填表日期：____年__月__日						