

臺南市_____區身心障礙者防走失愛心手鍊服務申請書

編號：_____（此欄由社會局填寫）

申請人：_____（簽章）與使用人之關係：_____

申請人聯絡電話：_____

申請人通訊住址：_____

一、使用人基本資料：

申請日期： 年 月 日

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	血型	
出生日期	民國 年 月 日	身分證字號			
居住地址					
戶籍地址					
電話					

二、使用人福利資格概況

身分別	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 領有身心障礙者生活補助
身心障礙手冊類別	<input type="checkbox"/> 智能障礙 <input type="checkbox"/> 精神障礙 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 多重障礙，項目：_____
身心障礙證明類別	第一類，ICD 診斷 <input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13
程度	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度
是否獨居： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否需要相關福利服務資訊： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是需求：_____

三、預防走失暨使用人疾病

有走失之虞： <input type="checkbox"/> 精神疾病 <input type="checkbox"/> 智障者 <input type="checkbox"/> 失智 <input type="checkbox"/> 其他_____
疾病： <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 其他_____

疾病之急救措施：

- ① 隨身攜帶藥物 否 是(藥名 _____)
- ② 送特定醫院 否 是(醫院 _____)
- ③ 其他急救措施 _____

四、緊急聯絡人基本資料：

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	關係	
電話 (O)		電話 (H)			
行動電話		其他電話			
通訊地址					

五、區公所初審：

符合

不符合

承辦人：

課長：

六、本局複審：

符合

不符合

承辦人：

科長：