

臺南市身心障礙者裝設「緊急救護通報服務系統」資料表

申請日期： 年 月 日 申請人簽章： _____

使用者姓名		出生年月日		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證字號		裝設電話		聯繫手機	
身 分 別	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 領有身心障礙者生活補助 <input type="checkbox"/> 一般戶				
戶 籍 地 址	臺南市____區____里____鄰____路(街)____段____巷____弄 ____號____樓之				
裝 設 地 址	<input type="checkbox"/> 同上 臺南市____區____里____鄰____路(街)____段____巷____弄 ____號____樓之				
障礙類別及 程 度	障別：____障 程度： <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度				
病 況	<input type="checkbox"/> 心臟血管疾病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血壓/中風史 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 有導致昏迷之疾病：____ <input type="checkbox"/> 其他：____				
身 體 功 能 評 估	<input type="checkbox"/> 臥床 <input type="checkbox"/> 行動不便常跌倒 <input type="checkbox"/> 其他：____				
居 住 狀 況	<input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 有同住家人，關係為：____				
就 醫 史	醫院：____科別：____主治醫師：____				

緊急聯絡人

緊急聯絡人#1	緊急聯絡人#2
姓名：	姓名：
關係：	關係：
地址：	地址：
家中電話：	家中電話：
工作電話：	工作電話：
行動電話：	行動電話：

區公所初審	檢附文件： <input type="checkbox"/> 身心障礙者身分證及身心障礙證明正、反面影本各1份。 <input type="checkbox"/> 最近三個月內全戶戶籍謄本或戶口名簿影本1份。 <input type="checkbox"/> 低收入戶或領有身心障礙者生活補助之證明文件。				
	1. 申請對象審查(須同時符合以下資格) <input type="checkbox"/> 設籍本市未滿65歲領有證明之身心障礙者 <input type="checkbox"/> 未接受全日型住宿式機構照顧服務 2. 補助資格審查 <input type="checkbox"/> 為本市列冊低收入戶或領有身心障礙者生活補助者 <input type="checkbox"/> 符合一般戶自費申請，且同意自費				
	承辦人		課長		區長
市政府社會局 複核					
<input type="checkbox"/> 符合/原因： <input type="checkbox"/> 不符合/原因：				承辦人	
				科長	