臺南市政府社會局委託辦理心智障礙者性健康輔導支持服務計畫
申請表

序號：　　傳真：

申請人姓名：　　單位名稱：　　電話：

申請人身分：□衛政人員□教育人員□公家社政人員□里長□里幹事□勞政人員□警消人員□戶政人員□親友□民間社福人員□本中心社工員□自行求助□其他：

填表人：　　填表日期：　　受理申請日期：　　（由受理單位填寫）

服務使用者基本資料	姓名		性別	□男□女□其他	出生日期	年　月　日
	身分證字號		聯絡電話			
	聯絡人		關係		聯絡電話	
	戶籍地址					
	居住地址					
	障礙類別	□新制(代碼)：ICF 編碼【　　】/ICD 診斷【　　】 □第一類：□智能障礙(06)□植物人(09)□失智症(10)□自閉症(11)□慢性精神病(12) □頑性癲癇(14) □第二類：□視覺障礙(01)□聽覺機能障礙(02)□(03)平衡機能障礙(03) □第三類：□聲音機能或語言機能障礙者(04) □第四類:□重要器官失去功能者-心臟(07)□重要器官失去功能者-造血機能(07)□重要器官失去功能者-呼吸器官(07) □第五類：□重要器官失去功能者-吞嚥機能(07)□重要器官失去功能者-胃(07)□重要器官失去功能者-腸道(07)□重要器官失去功能者-肝臟(07) □第六類：□重要器官失去功能者-腎臟(07)□重要器官失去功能者-膀胱(07) □第七類：□肢體障礙者(05) □第八類：□顏面損傷者(08) □其他：□多重障礙者(13)□經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙者(15) □其他經中央衛生主管機關認定之障礙者（染異、先天代謝異常、先天缺陷）(16) 備註：本服務以第一類/心智障礙類別服務對象為主			
	障礙等級	□極重度　□重度　□中度　□輕度				
	福利身份	□中低收入戶　□低收入戶款　□榮民　□原住民　□其他　□無				
	需協助項目	□個別諮商□性健康支持團體□主要照顧者性健康講座□其他：				
	服務使用者概況	壹、服務使用者概況： 貳、家庭概況： 參、申請單位性健康支持需求評估：				

		肆、申請單位目前提供之服務： 伍、訪視時注意事項：
備註		填妥本單後，請傳真或 E-mail： 電話：06-5890260 分機 332　傳真：06-5999249　E-mail：luway062@gmail.com