

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	☐ 男 ☐ 女
身分證字號		裝設電話		聯 繫 手 機	
身 分 別	☐ 低收入戶 ☐ 領有身心障礙者生活補助 ☐ 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	☐ 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（非為智能、精障、自閉症、失智症或第1類證明障別） 程度： ☐ 極重度 ☐ 重度 ☐ 中度 ☐ 輕度				
病 況	☐ 心臟血管疾病 ☐ 糖尿病 ☐ 高血壓/中風史 ☐ 氣喘 ☐ 有導致昏迷之疾病：____ ☐ 其他：____				
身體功能評估	☐ 臥床 ☐ 行動不便常跌倒 ☐ 其他：____				
居 住 狀 況	☐ 獨居 ☐ 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： ☐ 身心障礙者身分證及身心障礙手冊或證明正、反面影本各 1 份。 ☐ 最近三個月內全戶戶籍謄本或戶口名簿影本 1 份。 ☐ 低收入戶或領有身心障礙者生活補助之證明文件。 ☐ 聯絡人身分證正、反面影本各 1 份。				
	1. 申請對象審查(須同時符合以下資格) ☐ 設籍本市未滿 65 歲領有手冊或證明之身心障礙者(障別非為智障、精障、自閉症、失智症或第 1 類證明) ☐ 未接受全日型住宿式機構照顧服務 2. 補助資格審查 ☐ 為本市列冊低收入戶或領有身心障礙者生活補助者 ☐ 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					
☐ 符合/原因：				承辦人	
☐ 不符合/原因：				科長	