

臺南市在宅緊急救援連線服務申請表

申請日期： 年 月 日 申請人簽章： 111.7.21 修

個案基本資料	個案姓名			身分證字號			
	出生日期	民國（前）	年	月	性別	☐ 男 ☐ 女	慣用語言
	戶籍住址	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____					裝設電話
	緊急聯絡人（一）		聯絡電話	（住家） （手機）		關係	
	緊急聯絡人（二）		聯絡電話	（住家） （手機）		關係	
	里長姓名			聯絡電話			
	身分別	☐ 列冊低收入戶、中低收入戶 ☐ 中低老人或領有身心障礙者生活補助者 ☐ 一般戶（自費）					
	居住情形	☐ 1. 年滿 60 歲以上獨居長者 ☐ 2. 年滿 55 歲以上之獨居原住民 ☐ 3. 未滿 65 歲之獨居身心障礙者 ☐ 4. 與家人同戶籍，但同戶籍者未經常性同住（連續達 5 天以上獨居事實） ☐ 5. 與家人同住，但同住者缺乏生活自理能力 ☐ 6. 無上述獨居之居住情形，其他_____ 勾選 5 者，請續填下列資料：					
	身體狀況	缺乏生活自理能力者姓名 _____ 與個案關係 _____ 病況： ☐ 心臟血管疾病 ☐ 糖尿病 ☐ 有導致昏迷之疾病：_____ ☐ 中風 ☐ 氣喘 ☐ 其他_____ 身體功能評估： ☐ 臥床 ☐ 偶爾或經常失禁 ☐ 行動不便 ☐ 無法自行穿脫衣物 ☐ 無法自行進食 ☐ 無法自行洗澡、如廁 ☐ 其他：..... 就醫醫院資料： 醫院名稱：_____主治醫師：_____ 地址：_____電話：_____					
區公所初審	檢附文件： ☐ 1. 申請表 ☐ 2. 全戶戶籍謄本或戶口名簿影本 ☐ 3. 聯絡人身分證正、反面影本 ☐ 4. 身心障礙證明正、反面影本（非身障者免付） ☐ 5. 公費補助身分證明文件						
	☐ 1. 符合公費補助申請： ☐ （1）未滿 65 歲之列冊低收入戶、中低收入戶或領有身心障礙者生活補助之身心障礙者。 ☐ （2）年滿 65 歲且為列冊低、中低收入戶、領有中低老人生活津貼或身心障礙者生活補助之獨居老人。 ☐ （3）年滿 55 歲且為列冊低、中低收入戶或領有身心障礙者生活補助之獨居原住民。						
	☐ 2. 符合一般戶自費申請（ ☐ 未滿 65 歲之一般戶獨居身心障礙者 ☐ 年滿 60 歲之一般戶獨居民眾 ☐ 年滿 55 歲以上之一般戶獨居原住民）						
	承辦人			課長			區長

市 政 府 社 會 局 複 核

- ☐ 符 合/原因：
- ☐ 不 符合/原因：

承辦人

科 長