

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：110年00月00日

申請人簽章：王大明 

使用者姓名	王大明	出生年月日	70/01/01	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證字號	R123456789	裝設電話	06-5991234	聯繫手機	0912345678
身分別	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input checked="" 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 00 區 00 里 _____ 鄰 _____ 路(街) _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 00 號 _____ 樓之				
裝設地址	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度				
病況	<input checked="" type="checkbox"/> 心臟血管疾病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 行動不便常跌倒 <input type="checkbox"/> 其他： _____				
居住狀況	<input checked="" type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 有同住家人，關係為： _____				
就醫史	醫院： 00醫院 科別： 00 主治醫師： 000				

緊急聯絡人

緊急聯絡人#1	緊急聯絡人#2
姓名： 林小美	姓名：
關係： 妻	關係：
地址： 台南市新市區00里00號	地址：
家中電話： 5992345	家中電話：
工作電話： 5995678	工作電話：
行動電話： 0933123456	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	