

臺南市 新市 區身心障礙者防走失愛心手鍊服務申請書

核定手鍊編號：\_\_\_\_\_（此欄由社會局填寫）

## 一、申請人：

申請人：_____（簽章）	申請日期	年	月	日
與身心障礙者關係：	聯絡電話			

## 二、身心障礙者基本資料

姓 名			性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生年月日	民國	年	月	日
	身分證字號			
障礙類別及程度	<b>障別：</b> （障別須包含以下障別其中之一，舊制手冊： <input type="checkbox"/> 智能 <input type="checkbox"/> 精障 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 失智症 新制證明： <input type="checkbox"/> 第一類且 ICD 診斷非為 9 <b>程度：</b> <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度			
戶籍地址	臺南市新市區	里	鄰	路（街）
	段	巷	弄	號
				樓之
居住地址	<input type="checkbox"/> 同上，其他：			
手腕尺寸	公分（請務必測量填寫，實際尺寸加 1 公分）			

## 三、連絡人基本資料

姓 名		與身障者關係	
連絡電話		行動電話	
通訊地址			

## 四、公所初審：

檢附文件	<input type="checkbox"/> 身心障礙者身分證、身心障礙手冊或身心障礙證明正、反面影本各 1 份 <input type="checkbox"/> 申請人家屬或緊急聯絡人身分證正、反面影本各 1 份		
承辦人核章		課長核章	

## 五、社會局複核：

審查結果	<input type="checkbox"/> 符合，手鍊編號：_____所屬分局：_____ <input type="checkbox"/> 不符合，原因：_____		
承辦人核章		科長核章	