

臺南市身心障礙者臨時及短期照顧服務申請表

基本資料	身心障礙者姓名	王大明	性別	☒ 男 ☐ 女	出生日期	70年01月01日	
					身分證字號	R123456789	
	戶籍地址	台南市○○區○○里○○號				電話	日間：06-5991234
	通訊地址	☒ 同戶籍 ☐ 不同戶籍 (請註明)					手機：0933123456
	障礙類別	第○類	障礙等級	☐ 輕度 ☒ 中度 ☐ 重度 ☐ 極重度			
個案狀況	生理疾病	☒ 無 ☐ 有，(請註明疾病名稱：_____)					
	生活狀況	☒ 在家照顧 ☐ 日托機構收容 ☐ 啟智班就學 ☐ 住宿教養機構		已使用資源	☒ 居家服務 ☐ 家庭托顧 ☐ 社區居住 ☐ 社區日間作業設施 ☐ 其它，請說明_____		
申請項目	☒ 臨時照顧服務 需要服務日期：○○月○○日 ○○時○○分至 ○○月○○日○○時○○分						
	☐ 短期照顧服務 需要服務日期： 月 日 時 分至 月 日 時 分						
服務內容	☒ 1. 協助膳食。 ☒ 2. 簡易身體照顧服務。 ☐ 3. 臨時性之陪同就醫。(限臺南市內醫療院所) ☒ 4. 其他符合臨時及短期照顧服務精神之項目：						
綜上所述狀況均屬確實，如經查證以詐欺或其他不正當行為或虛偽之證明申請補助費用者，則應負一切法律責任，並返還已支付之服務補助經費。							
申請人簽章：林小美 (與身心障礙者關係) 妻 填表日期：110年○○月○○日							