

肆、臺南市南化區公所長照交通接送服務申請表

一、個案資料

申請日期： 年 月 日

姓名			國民身分證 統一編號	
出生日期/年齡	民國_____年_____月_____日，_____歲			
性別 (請✓選)	☐ 男 ☐ 女	市話 手機	() _____ 09 _____ - _____ - _____	
居住地址	_____縣/市_____市/鄉/鎮/區_____村/里_____鄰 _____路/街_____段_____巷_____弄_____號_____樓			
戶籍地址	☐ 同上； _____縣/市_____市/鄉/鎮/區_____村/里_____鄰 _____路/街_____段_____巷_____弄_____號_____樓			
是否為原住民 (請✓選)	☐ 是 ☐ 否	目前是否領有 身心障礙證明 (請✓選)	☐ 否； ☐ 是，障別	
使用服務者屬性 (請✓選)	☐ 實際居住本區之失能長者(須由家屬或看護自行協助上下車)。 ☐ 實際居住本區之 65 歲以上老人或 55 歲以上原住民。 ☐ 領有身心障礙證明者。 ☐ 其他經本所評估有需求者。			
就診日期/時間	民國_____年_____月_____日，_____時_____分			
往返醫院 (請✓選)	1、衛生福利部： ☐ (1)臺南醫院、 ☐ (2)臺南醫院新化分院、 ☐ (3) 胸腔病院、 ☐ (4)旗山醫院 2、奇美醫療財團法人： ☐ (1)奇美醫院、 ☐ (2)柳營奇美醫院、 ☐ (3)奇美醫院台南分院			

	3、台灣基督長老教會新樓醫療財團法人： ☐ (1) 台南新樓醫院 ☐ (2) 麻豆新樓醫院		
	4、 ☐ 國立成功大學醫學院附設醫院		5、 ☐ 臺南市立安南醫院
	6、 ☐ 台南市立醫院		7、 ☐ 郭綜合醫院
	8、 ☐ 溫德雄診所	9、 ☐ 明美眼科診所	10、 ☐ 雙美診所
	11、 ☐ 詹骨科診所	12、 ☐ 人愛診所	13、 ☐ 義安中醫診所

二、申請人資料

姓名		市話 手機	() 09 - -	與個案 關係	
通訊地址	縣/市 市/鄉/鎮/區 村/里 鄰 路/街 段 巷 弄 號 樓				

三、主要聯絡人資料

姓名		市話 手機	() 09 - -	與個案 關係	
通訊地址	縣/市 市/鄉/鎮/區 村/里 鄰 路/街 段 巷 弄 號 樓				

四、陪同家(眷)屬資料

姓名		市話 手機	() 09 - -	與個案 關係	
通訊地址	縣/市 市/鄉/鎮/區 村/里 鄰 路/街 段 巷 弄 號 樓				

五、機關審核

是否符合資格	☐ 是 ☐ 否	收取費用	☐ 本區內： ☐ 單程，新臺幣 元 ☐ 雙程，新臺幣 元 ☐ 本區外： ☐ 單程，新臺幣 元 ☐ 雙程，新臺幣 元
審核意見			
承辦人：	承辦主管：	機關首長：	
審核日期：	年	月	日