

## 新竹市獨居老人緊急救援服務申請表

申請日期：      年      月      日

申請人簽章：

<b>申請人資料</b>	姓名		身分證字號		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	出生日	民國 <input type="checkbox"/> 前    年 月 日 <input type="checkbox"/> 後	聯絡電話		慣用語言	
	戶籍地址	區            里            路(街) 段    巷    弄    號    樓				
	裝設地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 區            里            路(街) 段    巷    弄    號    樓				
	身分別	<input type="checkbox"/> 1. 低收入戶 <input type="checkbox"/> 2. 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 3. 身障證明手冊 <input type="checkbox"/> 4. 一般戶				

<b>緊急聯絡人</b>	(1) 姓名		聯絡電話		與申請人關係	
	(2) 姓名		聯絡電話		與申請人關係	

<b>居住情形</b>	<input type="checkbox"/> 單身獨居 <input type="checkbox"/> 鰥/寡居 <input type="checkbox"/> 65歲以上夫妻同住 <input type="checkbox"/> 同住者_____無照顧能力 <input type="checkbox"/> 無子女 <input type="checkbox"/> 子女未住在本市 <input type="checkbox"/> 其他：
-------------	---

<b>身體狀況</b>	慢性疾病 <input type="checkbox"/> 心血管疾病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 內耳不平衡症候群 <input type="checkbox"/> 退化性關節炎 <input type="checkbox"/> 其他： 日常生活功能： <input type="checkbox"/> 無法自行進食 <input type="checkbox"/> 無法自行如廁 <input type="checkbox"/> 無法自行洗澡 <input type="checkbox"/> 行動不便 <input type="checkbox"/> 無法自行盥洗 <input type="checkbox"/> 大小便失禁 <input type="checkbox"/> 無法自行穿脫衣服  緊急就醫醫院：第一順位：_____ 第二順位：_____
-------------	---

檢附文件	<input type="checkbox"/> 身分證影本 <input type="checkbox"/> 中低/低收入戶/身障證明手冊影本 <input type="checkbox"/> 疾病證明資料
------	--

<b>市府審核</b>	<input type="checkbox"/> 1. 不符合補助規定： <input type="checkbox"/> 2. 符合補助規定： <input type="checkbox"/> 補助服務費_____元 <input type="checkbox"/> 補助電話安裝費 (1,500元以下依實核支) <input type="checkbox"/> 3. 其他補充說明：_____
-------------	---

承辦人：

主管：