

新竹縣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：

申請人資料	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 <input type="checkbox"/> 後 年 月 日	聯絡電話		慣用語言	
	戶籍地址	鄉 村 路(街) 段 巷 弄 號 樓				
	裝設地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 鄉 村 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. 一般戶				
緊急聯絡人	(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	
居住情形	<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"/> 子女未住在本縣市 <input type="checkbox"/> 其他：					
身體狀況	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/低收入戶證明影本 <input type="checkbox"/> 疾病證明資料					
審核	<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 <input type="checkbox"/> 3. 其他補充說明：_____					
	承辦人：			督導：		