

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	☐ 男 ☐ 女
	出生日	民國 ☐ 前 ☐ 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	☐ 同上 ☐ 鄉 村 路(街) 段 巷 弄 號 樓				
	身分別	☐ 1. 低收入戶 ☐ 2. 中低收入戶 ☐ 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	☐ 單身獨居 ☐ 鰥/寡居 ☐ 65歲以上夫妻同住 ☐ 同住者_____無照顧能力 ☐ 無子女 ☐ 子女未住在本縣市 ☐ 其他：					
身體狀況	慢性疾病 ☐ 心血管疾病 ☐ 糖尿病 ☐ 中風 ☐ 氣喘 ☐ 內耳不平衡症候群 ☐ 退化性關節炎 ☐ 其他： 日常生活功能： ☐ 無法自行進食 ☐ 無法自行如廁 ☐ 無法自行洗澡 ☐ 行動不便 ☐ 無法自行盥洗 ☐ 大小便失禁 ☐ 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	☐ 身分證影本 ☐ 中低/低收入戶證明影本 ☐ 疾病證明資料					
審核	☐ 1. 不符合補助規定： ☐ 2. 符合補助規定： ☐ 補助服務費_____元 ☐ 補助電話安裝費 ☐ 3. 其他補充說明：_____ 承辦人： 督導： 科長：					