

澎湖縣獨居老人及身心障礙者緊急救援連線系統申請表

申請日期： 年 月 日

申請人姓名		性別		生日	
身分證字號		電話		語言	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 台語
身分別	<input type="checkbox"/> 低收入__款 <input type="checkbox"/> 中低收入戶__倍 <input type="checkbox"/> 身心障礙者生活補助費				
身心障礙	類別	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 肢障 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 精障 <input type="checkbox"/> 其他_____			
	等級	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度			
地址					
申請人救援	順序	姓名	關係	電話	地址
網絡資料 (緊急連絡 人請填在順 序 1 之欄 位)	1				
	2				
	3				
應附資料	<input type="checkbox"/> 申請表 <input type="checkbox"/> 新式戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 低收入戶或中低收入戶證明				
縣政府審核意見					

審查不符申請資格，原因：

審查核准申請生效日： 年 月 日

承辦人：

科長：

副處長：

處長：