

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	王○○	性別	男	生日	21.01.01
身分證字號	X123456789	電話	06-9123456		語言 <input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 台語
身分別	<input type="checkbox"/> 低收入__款 <input checked="" 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	澎湖縣馬公市治平路 32 號				
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	王○○	兄弟	06-9123457	澎湖縣馬公市 00 路 00 號
	2	王○○	父女	06-9123458	澎湖縣馬公市 00 路 00 號
	3	○○派出所		09-9123459	澎湖縣馬公市 00 路 00 號
應附資料	<input checked="" type="checkbox"/> 申請表 <input checked="" type="checkbox"/> 戶籍謄本(或戶口名簿影本) <input checked="" type="checkbox"/> 低收入戶證明(非低收入戶者免)				
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：