

## 衛生福利部中區老人之家公費安置申請表

申請人資料	姓名		性別		照片黏貼處
	身分證字號		籍貫		
	出生日期	民國 年 月 日	教育程度		
	住址				
	聯絡電話	市話：( )		手機：	
	福利身分	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 其他			
	家庭概況				
	身體狀況	身心障礙證明： <input type="checkbox"/> 有，類別：_____ 等級：_____ <input type="checkbox"/> 無 重大傷病卡： <input type="checkbox"/> 有，疾病名稱：_____ <input type="checkbox"/> 無 其他摘述：			
申請照顧類型	<input type="checkbox"/> 安養 <input type="checkbox"/> 養護 <input type="checkbox"/> 長期照護 <input type="checkbox"/> 失智照顧				
聯絡人	姓名		與申請人之關係		
	住址		聯絡電話	市話：( ) 手機：	
申請機關 (戶籍地公所)			轉核意見：		
備註	1.申請時請檢附(1)本申請表。(2)低收入、中低收入重度失能或中度失能家庭支持評估之證明。(3)全戶戶籍謄本。(4)身障證明(無則免附)等。 2.最近三個月內 <u>公立</u> 或 <u>區域級以上</u> 醫院之體格檢查報告(使用本家規定格式，項目含胸部 X 光、糞便檢查-桿菌性痢疾、阿米巴性痢疾及寄生蟲)，請俟本家通知後再辦理體檢。 3.本家聯絡方式：社工科 04-8742811 分機 630、605。				

填表日期：民國      年      月      日