

宜蘭縣中低收入獨居老人緊急救援通報系統服務申請表

一、申請人基本資料

申請日期： 年 月 日

姓名〈簽章〉：	身分證字號：	
出生年月日： 年 月 日	聯絡電話	住宅： 手機：
地址：		
健康情形	1. 疾病名稱： 2. 身心障礙手冊： 3. 目前狀況： <input type="checkbox"/> 可自主行動 <input type="checkbox"/> 行動不便，但未使用輔具 <input type="checkbox"/> 使用輔具 <input type="checkbox"/> 臥床 <input type="checkbox"/> 其它（請詳述）_____	
緊急聯絡人	姓名：	關係：
	聯絡電話：	住宅： 手機：
	地址：	
<input type="checkbox"/> 舊申請戶 <input checked="" type="checkbox"/> 新申請戶		

二、身分別：公所冊列之獨居老人

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 低收入戶獨居老人 | <input type="checkbox"/> 中低老人生活津貼 |
| <input type="checkbox"/> 中低收入戶獨居老人 | <input type="checkbox"/> 身障生活補助 |

三、應備文件：

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 戶籍謄本
<input type="checkbox"/> 2. 中（低）收入戶證明、中低老生活津貼或身障生活補助證明 |
|--|

四、受理單位：

- _____ 鄉鎮市公所 財團法人生命連線基金會

承辦人： 課長： 機關首長：

五、審核單位

社會處	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 承辦人： 科長： 處長：
-----	---