

臺東縣辦理「新制身心障礙」鑑定到宅服務申請書

申請日期： 年 月 日

一、身障者基本資料			
姓 名		出生日期	____年____月____日
身份證字號		電 話	()
障 別		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
狀 況	<input type="checkbox"/> (1) 中度 <input type="checkbox"/> (2) 重度 <input type="checkbox"/> (3) 極重度		
現居地址	_____ 縣/市 _____ 市/鄉/鎮 _____ 村/里 _____ 路/街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓		
最近重症治療之醫院	<input type="checkbox"/> 馬偕醫院臺東分院 <input type="checkbox"/> 衛生署臺東醫院 <input type="checkbox"/> 臺東榮民醫院 <input type="checkbox"/> 臺東基督教醫院 <input type="checkbox"/> 其他醫療院所(請先至該醫院申請病歷或病摘)		
二、聯絡人資料			
姓 名		與身障者關係	
聯絡電話	(H) _____ (O) _____ 手機 _____		
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同上 _____ 縣/市 _____ 市/鄉/鎮 _____ 村/里 _____ 路/街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓		

◎最後煩請您再詳細檢視上述所填之資料是否完整。謝謝！