臺北市\_\_\_\_\_\_地政事務所受理到府或醫療院所服務表

附件1

編號： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 案件收件字號  (本欄位由受理所填寫) | | | 年　　月　　日  　　　字第　　　號 | | | | | | | 服務  項目 | | （請填下列代號）  1.核對身分  2.收件 | |
| 姓名 |  | | | | 統一  編號 | | |  | | | | 出生  日期 |  |
| 戶籍地址 | 市　　區　　里　　鄰　　路/街　　段　巷　弄　　號　　樓 | | | | | | | | | | | | |
| 到府或醫療院所服務地址 | 服務地址：　　　　（請填下列代號）：(同戶籍地者免填第2項)  1.同戶籍地址  2.臺北市 區 里 鄰 路/街 段 巷 弄 號 樓 | | | | | | | | | | | | |
| 預約到府或醫療院所日期與時段  **(請填寫非國定假日之時段)** | | | | | | 最佳時段：　　年　　月　　日　　時　　分  次佳時段：　　年　　月　　日　　時　　分  （上午8時30分至下午5時00分） | | | | | | | |
| 不動產標示 | | 土地　　　區　　段　　小段　　　地號等　　筆  建物　　　區　　段　　小段　　　建號等　　棟 | | | | | | | | | | | |
| 代理人姓名/轉介單位及承辦人姓名 | |  | | 與當事人關係 | | |  | | 聯絡  電話 | | 住宅： | | | |
| 行動電話： | | | |
| 符合 情形 | 符合：　　　　（請填下列代號）情形：  1.年滿65歲。  2.領有「中華民國身心障礙手冊」  3.持醫院開立之「醫療證明」或「長期照顧服務申請核定函」確為行動不便者。 | | | | | | | | | | | | |
| 備  註 | 1.本項服務僅適用於實際居住於臺北市之**當事人本人**相關案件，並有意思表示能力且不動產標的為臺北市轄區。  2.本服務表得以臨櫃、郵寄、傳真或線上提出服務需求。  3.受理所承辦人員收到本服務表後，將儘速與當事人、代理人或轉介單位承辦人聯繫，確認相關細節，以利本項服務順利完成。  4.到府或醫療院所收件服務僅收取登記案件，登記仍需俟承辦人員依法審查並續依土地登記規則第53條規定程序辦理。 | | | | | | | | | | | | |