|  |
| --- |
| **臺北市立聯合醫院 院區****「身心障礙者暨照顧者健康關懷照護計畫」申請表** |
| 編號： 日期： 年 月 日 |
| 申請者姓名 |  | 照顧者姓名 |  |
| 身分證字號 |  | 身分證字號 |  |
| 出 生 日 期性 別 | 民國 年 月 日 □男 □女 | 出 生 日 期性 別 | 民國 年 月 日 □男 □女 |
| 身心障礙類別 |  | 照顧者與身障者關係 |  |
| 身心障礙等級 | □輕度 □中度 □重度 □極重度 |
|  地 址 |  |
| 聯 絡 電 話 |  |
| 經 費 來 源 | □ 本院社會服務暨醫療救助金 |
| 檢 附 證 件（影 本） | □ 身心障礙手冊 □ 低收入戶卡 □ 中低收入戶卡 □ 電子戶籍謄本  □ 戶口名簿 □ 身心障礙生活補助核定公文 □ 其他\_\_\_\_\_\_\_ |
| 補 助 金 額 | 新臺幣 萬 仟 百 元整（每名受檢者補助6,300元為限） |
|  初 審 結 果 | □ 符合，補助\_\_\_\_\_\_\_ 人 □不符合 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  建議： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 社工師(員)簽章：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 健康檢查中心 | 預約檢查日期： 年 月 日 時受理人員簽章：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_備註：預約完成後，本單請影本乙份擲回社會工作課。 |