

衛生福利部澎湖老人之家自費安養(養護)申請表

個案姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期： 年 月 日
				身分證編號：
住址				電話 住宅： 手機：
申請人姓名		與個案 關係		申請人 簽章
申請人地址				
入家原因	<input type="checkbox"/> 自費安養：設籍中華民國，年滿60歲以上，可自理生活，且無罹患傳染病因收容有群聚感染之虞或罹患一至四類精神疾病者。 <input type="checkbox"/> 自費養護：設籍中華民國，年滿60歲以上，生活自理能力缺損，無罹患傳染病因收容有群聚感染之虞或罹患一至四類精神疾病或長期慢性病需技術性護理服務者。 <input type="checkbox"/> 日托及臨托：設籍中華民國，年滿60歲以上，無罹患傳染病因收容有群聚感染之虞或罹患一至四類精神疾病或長期慢性病需技術性護理服務，其家屬因故無法照顧者。 <input type="checkbox"/> 其他情況特殊或遭遇重大災變，依有關法令應予臨時收容者。			
個案社福身分	低收入戶 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無：第_____款 殘障手冊 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度，類別：_____。			
檢附資料	<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書。 <input checked="" type="checkbox"/>自費契約書5份。 <input type="checkbox"/> 全戶戶籍謄本。 <input type="checkbox"/> 健保卡影本1份。 <input checked="" type="checkbox"/> 最近三個月內公立醫院體格檢查表(含肺部X光診斷證明、阿米巴痢疾、桿菌性痢疾等檢查)。 <input checked="" type="checkbox"/> 成人健檢報告(血液檢查、尿液檢查、生化檢查) <input checked="" type="checkbox"/> 一吋半身彩色相片1張【換發身分證規格】 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊影本。 <input type="checkbox"/>重大傷病卡影本。 <input type="checkbox"/> 其他：			
承辦人	社工科科長		秘書	主任

本家地址：澎湖縣馬公市光華里123號
 聯絡電話：(06) 9217056 轉152 或 153
 傳真號碼：(06) 9214096