

衛生福利部澎湖老人之家公費安養(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"/> 公費安養：設籍中華民國，年滿 65 歲以上，經縣市政府核列低收入戶，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"/> 公費養護：設籍中華民國，年滿 65 歲以上，經縣市政府核列低收入戶，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"/> 公費養護：設籍中華民國，年滿 65 歲以上，經縣市政府核列中低收入戶並依長期照顧十年計畫評估中重度失能老人，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"/> 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 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"/>全戶戶籍謄本。 <input type="checkbox"/> 低收入戶證明。 <input type="checkbox"/> 中低收入重度失能或中度失能家庭支持評估證明。 <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"/> 縣市政府社工員訪視處理表。 <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	社工科科长	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