

衛生福利部澎湖老人之家公費院生教養申請表

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"/> 兒童及少年福利暨權益保障法第五十二條第一項第一款或第二款規定安置之兒童及少年 <input type="checkbox"/> 兒童及少年福利暨權益保障法第五十六條第一項各款規定情事應予保護、安置之兒童及少年。 <input type="checkbox"/> 兒童及少年福利暨權益保障法第六十二條第一項，家庭發生重大變故致無法正常生活之兒童及少年。 <input type="checkbox"/> 縣(市)主管機關依評估轉介安置之兒童及少年。 <input type="checkbox"/> 縣(市)政府列冊低收入戶之兒童及少年。 <input type="checkbox"/> 經法院裁定交付安置之兒童及少年。			
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"/> 低收入戶證明。 <input checked="" type="checkbox"/> 全戶戶籍謄本。 <input checked="" type="checkbox"/> 縣(市)政府社工員訪視處理表。 <input checked="" type="checkbox"/> 二吋半身彩色相片1張(換身份證用大頭照)。 <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"/> 福保轉出單 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊影本 <input type="checkbox"/> 高中職學生入學通知單、在學證明或學生證影本。 <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