

衛生福利部彰化老人養護中心照顧服務申請表

申請日期： 年 月 日

姓名		性別		出生年月日	民國 年 月 日	相片黏貼處	
身分證統一編號					聯絡電話 ()		
籍貫	省 縣 市	使用語言		<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 閩南語 <input type="checkbox"/> 客家語 <input type="checkbox"/> 原住民語言 <input type="checkbox"/> 其它			
申請照顧類型		全日照顧： <input type="checkbox"/> 養護 <input type="checkbox"/> 長期照護 <input type="checkbox"/> 失智照顧					
教育程度	<input type="checkbox"/> 1.大專以上 <input type="checkbox"/> 2.高中(職) <input type="checkbox"/> 3.初國中 <input type="checkbox"/> 4.小學 <input type="checkbox"/> 5.識字 <input type="checkbox"/> 6.不識字	宗教信仰	<input type="checkbox"/> 1.佛教 <input type="checkbox"/> 2.天主教 <input type="checkbox"/> 3.基督教 <input type="checkbox"/> 4.道教 <input type="checkbox"/> 5.無信仰 <input type="checkbox"/> 6.其它	婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 1.夫妻同在 <input type="checkbox"/> 2.鰥(妻亡) <input type="checkbox"/> 3.寡(夫亡) <input type="checkbox"/> 4.離婚 <input type="checkbox"/> 5.未婚 <input type="checkbox"/> 6.其它		
戶籍地	縣 市 鄉 鎮 村 里 路 街 號						
通訊處							
E-mail							
身心障礙證明(手冊)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障礙類別:	障礙程度:				
費用類別	<input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 1.5 倍以下						
	<input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 本人支付 <input type="checkbox"/> 親友支付						
生活自理能力	項目 程度	進食	沐浴	上廁所	穿衣	移動身體能力	行走能力
	可自行完成						
	需要輔助						
	完全依賴						
	其他補充記載：						

申請人姓名(關係)：

聯絡電話：()