

## 金門縣政府試辦預防走失智慧防護網絡服務申請轉介單

轉介單位				轉介日期			
聯絡方式	(公)	(手機)	電子信箱				
承辦人員	單位主管				單位章戳		
服務使用者	( <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 )		出生日期			年齡	歲
身分證字號			聯絡人電話	(室內)	(手機)		
戶籍地址							
聯絡地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地						
經濟狀況	<input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 其他						
緊急聯絡人	姓名:	電話:	手機:	與申請者關係:			
	姓名:	電話:	手機:	與申請者關係:			
申請人特徵簡述	身高:	公分	體重:	公斤	特徵:		
需求描述	<input type="checkbox"/> 智能障礙「06」 <input type="checkbox"/> 曾走失者 <input type="checkbox"/> 失智症「10」 <input type="checkbox"/> 第1級獨居老人 <input type="checkbox"/> 疑似失智症 <input type="checkbox"/> 其他						
-----【以下由金門縣政府社會處填寫】---服務申請回復單							
承辦人			接案日期			回報日期	年 月 日
聯絡電話				電子信箱			
受理狀況與服務摘要	<input type="checkbox"/> 已接案，處理狀況： <input type="checkbox"/> 不接案，理由：						