

金門縣大同之家公費安養申請表

申請日： 年 月 日

個案姓名 (丙方)	(簽章)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期： 年 月 日 身份證字號：
戶籍地	鄉鎮 村里 街路 巷 弄 號 樓	電話	住宅：	手機：
通訊地	鄉鎮 村里 街路 巷 弄 號 樓			
申請人姓名 (乙方)	(簽章)	與個案關係		照 片 黏 貼 處
申請人 通訊地	縣市 鄉鎮 村里 街路 巷 弄 號 樓			
申請人電話	(家)：	(手機)：		
入家條件	需符合本家收容自治條例第十三條規定： 年滿六十五歲，連續設籍本縣5年以上、列冊低收入戶、身心健康能自理生活，且無法定傳染病或精神疾病者。			
社福身份	低收入戶： <input type="checkbox"/> 有 第_____款 身心障礙手冊： <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 極重) 類別：_____ <input type="checkbox"/> 無 榮民證： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 重大傷病： <input type="checkbox"/> 有 (類別：_____ <input type="checkbox"/> 無)			
入住原因	必填(請敘明) <input type="checkbox"/> 獨居無人照料 <input type="checkbox"/> 養老 <input type="checkbox"/> 年邁體弱 <input type="checkbox"/> 其他(請說明：_____)			
檢附資料	<input type="checkbox"/> 申請書。 <input type="checkbox"/> 契約書。 <input type="checkbox"/> 戶口名簿影本(新式、有記事)。 <input type="checkbox"/> 低收入戶證明(正本)。 <input type="checkbox"/> 最近三個月醫療院所體檢表(含肺部X光、愛滋、梅毒、B型肝炎、生化檢查)；阿米巴痢疾、桿菌性痢疾、寄生蟲體檢時間需為核准入住日前7日有效。 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊影本。 <input type="checkbox"/> 重大傷病卡影本。 <input type="checkbox"/> 榮民證影本。 <input type="checkbox"/> 其他：			

查核結果	村里長簽章	鄉鎮承辦人簽章	鄉鎮長簽章

113年4月18日大事字第1130000953號函修訂