**身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助調查表**

1. **申請人資料**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身分證字號 | | 性別 | | □ 男 □ 女 | |
|  | | 出生日期 | | 民國 年 月 日 | |
| 聯絡電話 |  | 手機號碼 | |  | | | 職業 |
|  |
| 安置機構 |  | | 學歷 | |  | | |
| 戶籍地址 | 金門縣 金寧鄉 | | | | | | |
| 實際居住地 |  | | | | | | |

**二、全家(戶)人口資料**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **編號** | **姓名** | **身分證號碼** | **關係** | **教育程度** | **職業** | **備註** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |