

申請人姓名		身分證號		申請日期	
出生年月生日	民國 年 月 日	聯絡電話		簽章	
戶籍地址					
通訊地址					
基本資料	一、婚姻狀況： <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 喪偶 二、教育程度： <input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國(初)中 <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 大專以上 三、溝通語言： <input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 台語 <input type="checkbox"/> 客家語 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 四、宗教信仰： <input type="checkbox"/> 佛教 <input type="checkbox"/> 天主教 <input type="checkbox"/> 基督教 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 五、居住型態： <input type="checkbox"/> 自有 電話：_____ <input type="checkbox"/> 非自有 電話：_____				
健康狀況	一、聽力狀況： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 重聽 <input type="checkbox"/> 配戴助聽器 二、輔具使用狀況： <input type="checkbox"/> 輪椅 <input type="checkbox"/> 助行器 <input type="checkbox"/> 拐杖 <input type="checkbox"/> 義肢 <input type="checkbox"/> 節律器 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 三、罹患疾病狀況： <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 尿毒症 <input type="checkbox"/> 氣喘病 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 四、主要就診醫院：_____				
福利狀況	一、經濟類別： <input type="checkbox"/> 低收入戶__款 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 院外就養榮民 <input type="checkbox"/> 一般戶 二、保險情形： <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 福保 <input type="checkbox"/> 商業保險 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 三、福利服務使用情形： <input type="checkbox"/> 居家服務 <input type="checkbox"/> 送餐服務 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
緊急聯絡人	重順要序	姓名	關係	電話	住址
	1				
	2				
	3				
	4				

	5				
--	---	--	--	--	--

金門縣緊急救援連線系統申請書