

金門縣政府

預防走失暨愛的手鍊申請表

※申請資格：☐自費 ☐免費（請勾選）

編號：

一、使用人基本資料：

登錄日期： 年 月 日

姓 名											性 別	☐ 男	☐ 女	血 型			
出生日期	民國		年		月		日	身分證字號									
手腕尺寸	手腕尺寸超過 23.5 公分者(公分)																
地 址																	
電 話																	

二、聯絡人(一)基本資料：

姓 名											性 別	☐ 男	☐ 女	關 係			
身分證字											電 話 (H)						
電 話 (0)											行動電話						
通 訊 地 址																	

聯絡人(二)基本資料：

姓 名											性 別	☐ 男	☐ 女	關 係			
身分證字											電 話 (H)						
電 話 (0)											行動電話						
通 訊 地 址																	

聯絡人(三)基本資料：

姓 名											性 別	☐ 男	☐ 女	關 係			
身分證字											電 話 (H)						
電 話 (0)											行動電話						

通訊地址	
------	--

※背面尚有資料 請填寫

聯絡人(四)基本資料：

電話(0)金門	0823-18823*67519	行動電話	
通訊地址	金門縣金城鎮民生路 60 號		

三、使用人生活概況

婚姻狀況： ☐ 已婚 ☐ 未婚 ☐ 離婚 ☐ 喪偶 ☐ 其他_____	
是否持有身心障礙手冊： ☐ 是 ☐ 否	
是否獨居： ☐ 是 ☐ 否	是否需要相關福利服務資訊： ☐ 是 ☐ 否

四、預防走失暨使用人疾病史

有走失之虞： ☐ 精神疾病 ☐ 智障者 ☐ 老人失智 ☐ 其他(請敘明_____)
疾病： ☐ 心臟病 ☐ 糖尿病 ☐ 高血壓 ☐ 中風 ☐ 氣喘 ☐ 其他(請敘明_____)
疾病之急救措施： ☐ 1隨身攜帶藥物 ☐ 是(藥名 _____) ☐ 否 ☐ 2送特定醫院 ☐ 是(醫院 _____) ☐ 否 ☐ 3其他急救措施 _____

*手鍊寄送地址：_____

五、資料審核及領取(寄送)日：

☐ 使用人身分證正反面影印本	☐ 聯絡人身分證正反面影印本
☐ 證明文件	☐ 其他

費 用	☐ 免費 ☐ 自費 (☐ 已付_____ ☐ 未付_____)		
領取日期	年 月 日	領取人	(簽章)
郵寄日期	年 月 日	掛號編號	