

苗栗縣愛心走失手鍊申請表

申請人姓名：_____

手鍊編號：_____

一、使用人基本資料

申請日期： 年 月 日

姓 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	血 型	
出 生 日 期	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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	關 係	
身分證字號		電話 (H)			
電話 (O)		行動電話			
通訊地址					

聯絡人(二)基本資料

姓 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	關 係	
身分證字號		電話 (H)			
電話 (O)		行動電話			
通訊地址					

聯絡人(三)基本資料

姓 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	關 係	
身分證字號		電話 (H)			
電話 (O)		行動電話			
通訊地址					

三、使用人概況

婚姻狀況： <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 其他_____	
經濟來源： <input type="checkbox"/> 自給 <input type="checkbox"/> 子孫 <input type="checkbox"/> 親友 <input type="checkbox"/> 退休俸 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 其他_____	
是否獨居： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否需要相關福利服務資訊： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
疾病： <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 其他_____	
疾病之急救措施：	
①隨身攜帶藥物 <input type="checkbox"/> 是(藥名_____) <input type="checkbox"/> 否	
②送特定醫院 <input type="checkbox"/> 是(醫院_____) <input type="checkbox"/> 否	
③其他急救措施_____	

★手鍊寄送地址：_____

四、資料審核及領取(寄送)日(由主、協辦單位填寫)

<input type="checkbox"/> 使用人身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊正反面影本 <input type="checkbox"/> 聯絡人身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 證明文件 <input type="checkbox"/> 其他			
領取日期	年 月 日	領取人	(簽章)
郵寄日期	年 月 日	掛號編號	

初核單位		覆核單位	
鄉鎮市公所	中華民國老人福利推動聯盟	苗栗縣政府	
承辦員	社工員	承辦員	
課長	中心負責人	科長	
		處長	

中華民國老人福利推動聯盟 電話:02-25927999 02-25971700
傳真電話:02-25989918

苗栗縣愛心走失手鍊申請切結書

使用人 因年事已高且有走失之虞，故向苗栗縣政府社會處申請預防走失手鍊乙條，因無走失報案紀錄等資料佐證，特立此據以為證明。

此致

苗栗縣政府

使用人：

身分證字號：

戶籍地址：

申請人：

身分證字號：

戶籍地址：

與使用人關係：

中華民國 年 月 日