

板橋榮家失能養護及失智照護新收入住申請表

編號：

109年7月29日修訂

申請人		出生	年 月 日	退伍 階級		服務 年資	限自費
公文送 達處所	<input type="checkbox"/> 戶籍地址： <input type="checkbox"/> 通訊地址：						
電話		手機			身分證 字號		
婚姻狀況		子女狀況		身分區別		身體狀況	
<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 再婚 <input type="checkbox"/> 單身(配偶亡故) <input type="checkbox"/> 其他_		<input type="checkbox"/> 無子女 <input type="checkbox"/> 子__人 <input type="checkbox"/> 女__人 (請填寫人數)		<input type="checkbox"/> 就養榮民 <input type="checkbox"/> 支俸榮民 <input type="checkbox"/> 一般榮民		<input type="checkbox"/> 養護(生活不能自理) <input type="checkbox"/> 失智(經鑑定中度含以上)	
申請入住類型							
<input type="checkbox"/> 公費失能養護				<input type="checkbox"/> 公費失智照護			
<input type="checkbox"/> 自費失能養護				<input type="checkbox"/> 自費失智照護			
申請人	<input type="checkbox"/> 本人申請 <input type="checkbox"/> 親屬，姓名：_____，與該榮民之關係_____，聯絡電話：_____						

申請人簽名：

申請日期：中華民國

年

月

日