

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

110年8月24日修訂

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| 申請人 | 出生日期 | 年 月 日 | 退伍階級 | |
| | | | 服務年資 | |
| 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"/> 公費榮民 <input type="checkbox"/> 自費榮民 <input type="checkbox"/> 眷屬/遺眷 <input type="checkbox"/> 一般民眾 | <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