

中彰榮譽國民之家入住申請書

姓 名		生 年 月 日		性 別	
國民身分證 統一編號		籍 貫		血 型	
戶 籍 地 址					
通 訊 地 址					
電 話		手 機			
婚 姻 狀 況	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 其他				
聯 絡 人 資 料	姓名：		與申請人關係：		
	聯絡電話：市話：		手機：		
	聯絡地址：				
	姓名：		與申請人關係：		
	聯絡電話：市話：		手機：		
	聯絡地址：				
身 心 障 礙 類 別 及 等 級	類別： (非身心障礙者免填) 等級： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度				
身 分 類 別	<input type="checkbox"/> 退除役官兵採全部供給制榮民(就養榮民) <input type="checkbox"/> 退除役官兵採部分供給制安置榮民 <input type="checkbox"/> 退除役官兵之配偶或父母 (退除役官兵採全部供給制或部分供給制安置就養於榮家) <input type="checkbox"/> 前款以外之退除役官兵眷屬 <input type="checkbox"/> 退除役官兵之遺眷 <input type="checkbox"/> 民眾 (含替代役及警消人員)				
入 住 類 別	<input type="checkbox"/> 安養 <input type="checkbox"/> 養護				
補 充 記 載	退休給與： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 遺眷半俸 <input type="checkbox"/> 月退俸 <input type="checkbox"/> 國民年金 <input type="checkbox"/> 其他_____。 社會補助： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 老人生活津貼(年 金) <input type="checkbox"/> 身障津貼 <input type="checkbox"/> 其他_____。 <b style="color: red;">重大傷病卡：<input type="checkbox"/>無<input type="checkbox"/>有，重大傷病項目_____。				
備註： 經核定入住者，應於入住前檢附最近三個月內胸部 X 光檢查報告；另依通知檢附入住日前一週內桿菌性痢疾、阿米巴性痢疾及寄生蟲感染檢驗報告。					

申請人(簽章)：

中 華 民 國 年 月 日