

佳里榮譽國民之家入住申請資料表填表時間： 年 月 日

姓名		性別		出生日	民國	年	月	日	出生地	省	縣市
身分證號碼				血型		有無房子	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 私有 <input type="checkbox"/> 公家				
設籍地	縣	市	鄉	村	路	段	巷	弄	號	樓	
通訊處	縣	市	鄉	村	路	段	巷	弄	號	樓	
教育程度	<input type="checkbox"/> 研究所 <input type="checkbox"/> 大專 <input type="checkbox"/> 軍校 <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 初國中 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 識字 <input type="checkbox"/> 不識字									眷屬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 子 女
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 配偶同住 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 娶外籍配偶(祖籍)										
家庭狀況	子女姓名：			子女姓名：							
	聯絡電話：			聯絡電話：							
	聯絡地址：			聯絡地址：							
配偶資料	配偶姓名：		出生年月日：		出生地：						
	身分證字號：		有無工作：								
	連絡電話：		現住地址：								
使用語言	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 台語 <input type="checkbox"/> 客語 <input type="checkbox"/> 原住民語言 <input type="checkbox"/> 其他 ()							飲食	<input type="checkbox"/> 一般餐 <input type="checkbox"/> 軟碎餐 <input type="checkbox"/> 泥粥狀 <input type="checkbox"/> 鼻胃管		
宗教信仰	<input type="checkbox"/> 佛教 <input type="checkbox"/> 天主教 <input type="checkbox"/> 基督教 <input type="checkbox"/> 道教 <input type="checkbox"/> 無信仰 <input type="checkbox"/> 其他										
身障類別	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 : <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度 類別：_____										
申請類別	<input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 自費		<input type="checkbox"/> 安養 <input type="checkbox"/> 養護 <input type="checkbox"/> 失智			費用		<input type="checkbox"/> 本人支付 <input type="checkbox"/> 親友支付 <input type="checkbox"/> 其他			
生活自理能力	項目	進食	沐浴	上廁所	行走	穿衣	移動身體	精神狀況			
	程度										
	自行完成										
	需要協助										
	完全依賴										
目前狀況	<input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 家人同住 <input type="checkbox"/> 機構安置中 <input type="checkbox"/> 住院中 _____ (病因) <input type="checkbox"/> 其他										
其他補充記載	個人手機： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 _____ 重大傷病卡： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 _____ 慢性疾病(或固定處方籤)：_____										