**社團法人苗栗縣脊髓損傷者協會**

**承辦苗栗縣肢體功能障礙者生活重建服務計畫**

 **申請表** 日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申 請 人 |  | 身分證號 |  |
| 性 別 | □男 □女 | 出生日期 |  |
| 障礙類別/等級 |  | 受傷時間 |  |
| 受傷原因 | □疾病­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_ □車禍 □意外事件 □工作傷害 □其他 |
| 聯絡電話 |  |
| 聯絡地址 |  |
| 使用福利服務項目(6個月內) | □身心障礙者生活補助□復康巴士服務□送餐服務□居家照顧□輔具補助­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 聯絡人 |  | 關係 |  | 連絡電話 |  |
| 申請服務項目 | □諮詢服務 □生活重建訓練 □輔具評估、居家環境評估及改善  □心理評估與處遇 □其他 說明： ） |
| 申請人簽名 |  |
| 身障證明(手冊)影本正面黏貼處 | 身障證明(手冊)影本反面黏貼處 |