

屏東縣到宅母嬰照護服務 轉介申請單

轉介日期： 年 月 日

個案基本資料	姓名				電話	()
	身分證字號				手機：	
	戶籍住址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 屏東縣/市_____鄉/鎮_____村/里_____鄰_____路/街_____段 _____巷_____弄_____號_____樓之_____				
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 同上戶籍地址 <input type="checkbox"/> 同上服務地址 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 屏東縣/市_____鄉/鎮_____村/里_____鄰_____路/街_____段 _____巷_____弄_____號_____樓之_____				
	個案類型	<input type="checkbox"/> 低收 <input type="checkbox"/> 中低收 <input type="checkbox"/> 身心障礙 <input type="checkbox"/> 特殊境遇 <input type="checkbox"/> 未滿20歲 <input type="checkbox"/> 設籍前新住民 <input type="checkbox"/> 2胎(含)以上 <input type="checkbox"/> 經本縣評估確需服務者				
	緊急連絡人		連絡電話		關係	
	新生兒姓名		<input type="checkbox"/> 第一名新生兒 <input type="checkbox"/> 第二名新生兒 <input type="checkbox"/> 第三名以後新生兒	出生/預產日期	年	月

個案摘要(個案及家庭概況簡述)：

轉介單位		轉介人 簽章		單位主管 簽章	
處理結果	<input type="checkbox"/> 符合補助資格，提供到宅母嬰照護服務80小時。 <input type="checkbox"/> 不符合補助資格，理由：_____				
	承辦人：	科長：		處長：	