

臺中市生活輔具評估轉介單及處理情形回報表

加註「※」者為必填欄位

106.07.20 訂定

轉出單位				轉介日期	年 月 日
轉介者姓名		職稱		聯絡電話	
聯絡地址				傳真號碼	
※申請人姓名				年齡	
※身份證字號		※聯絡電話		手機	
※評估地點 (醫院及病房)					
是否有身心障礙證明(手冊)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	障礙類別		障礙等級	度
※聯絡人		※關係		※聯絡電話	
※申請輔具項目					
接案單位				接案日期	年 月 日 時 分
接案人員		聯絡電話		傳真號碼	
受理狀況與服務摘要	<input type="checkbox"/> 已受案，處理狀況： <input type="checkbox"/> 不受案，理由： <input type="checkbox"/> 轉出，轉往：				