**連江縣辦理極重度身障者營養午餐送餐服務申請書**

**填表日期：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請人 | 姓名 | (簽名或蓋章) | | 性別 |  | | | 電話 | |  |
| 出生日期 | 民國 年 月 日 | | | 身分證字號 | | |  | | |
| 住址 |  | | | | | | | | |
| 代理  申請人 | 姓名 |  | 與申請人關係 | | |  | 身分證字號 | | |  |
| 住址 |  | | | | 電話 | | |  | |
| 應備資格 | □ 1、獨居之極重度身心障礙者無法自行炊食。  □ 2、非獨居之極重度身心障礙者（無法自行炊食）及家人無法提供餐飲者。 | | | | | | | | | |
| 鄉公所  初審結果 | □ 符合 □不符合  承辮人： 課 長： 鄉 長： | | | | | | | | | |
| 衛福局  審查意見 | □ 符合 □不符合  承辦人： 科 長： 局 長： | | | | | | | | | |