

基隆市政府身心障礙者復康專車接送服務申請書

(本服務經費由公益彩券盈餘分配基金補助)

申請日期： 年 月 日

申請單位 (使用人)		單位負責人	
		聯絡電話	
使用者姓名	使用者身分證字號	出生年月日	障礙類別、等級
		年 月 日	障 度
住址：基隆市 區 街(路) 段 巷 弄 號 樓			
聯絡人：		電話：	簽章：
申請車輛種類： <input checked="" type="checkbox"/> 小復康巴士			
事由： <input type="checkbox"/> 就醫 <input checked="" type="checkbox"/> 復健 <input type="checkbox"/> 出院 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
申 請 接 送 服 務	<input checked="" type="checkbox"/> 申請 <u>多次</u> 服務	接送時間：_____年_____月_____日 至 _____月_____日。 每週_____ 去：上(下)午_____時_____分。 回：上(下)午_____時_____分。	※備註 一、個人申請，應檢附身心障礙者手冊影本(可傳真來洽詢請，資料補)。 二、團體申請，應檢附乘坐者人數名單並蓋團體章。 三、本府復康巴士為免費服務(以就醫、復健優先，其他次之)，惟其為有限資源，計每星期服務一次，原則如發生意外事故，本府不負責任。
	<input type="checkbox"/> 申請 <u>單次</u> 服務	接送時間：_____年_____月_____日(星期____) 去：上(下)午_____時_____分。 回：上(下)午_____時_____分。	
	<input type="checkbox"/> 身心障礙團體	自 _____年_____月_____日(星期____) 上(下)午_____時_____分。 至 _____年_____月_____日(星期____) 上(下)午_____時_____分。	
接送地點：由 _____ 至 _____ 陪同人數：_____人(至多2人)			
核定情形	擬辦		
	承辦人：	科長：	副處長：
復知情形	月 日 時 分 通知	<input type="checkbox"/> 申請人	月 日 影印核准後之申請書交司機。
		<input type="checkbox"/> 聯絡人	2009-0707