



臺南市政府社會局小型復康巴士服務申請表

乘客基本資料

申請時間： 年 月 日

| | | | | | |
|----------------------|---|----|--|--------|--|
| 搭乘者姓名 | | | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 身分證字號 | | | | 出生年月日 | ____年____月____日 |
| 聯絡電話 (住家) (手機) | | | | 是否乘坐輪椅 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | | | | 自備輪椅款式 | <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 特製 <input type="checkbox"/> 電動 |
| 身心障礙類別 | | | | 身心障礙等級 | <input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 極重 <input type="checkbox"/> 診斷證明書 |
| 是否申請稅務局免徵牌照稅 | | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 居住地址 | | | | 身分別 | <input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 中低戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶 } 需附證明影本 <input type="checkbox"/> 原住民 |
| 戶籍地址 | <input type="checkbox"/> 同上 | | | | |
| 緊急聯絡人 | | 關係 | | 聯絡電話 | |
| 檢附資料 | <input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 身心障礙證明正反面影本 <input type="checkbox"/> 醫生診斷證明書（無身心障礙證明才需檢附） <input type="checkbox"/> 低收入戶證明影本 <input type="checkbox"/> 中低收入戶證明影本 [符合社會救助法第4條及第4條之1本市列冊低收、中低收入戶] | | | | |
| 申請人簽章 | 本人已詳閱「臺南市復康巴士服務辦法」，同意依循相關規定辦理。 簽章： | | | | |
| 服務單位 | 社團法人臺南市臺南都志願服務協會 永華區：電話2997220 、溪南區：電話2975678 傳真2983141 溪北區：電話6328899 傳真： 6350587 | | | | |
| 備註 | 乘車者需服務單位注意事項，請簡述 | | | | |