附件三 雲林縣獨居或失智長者智慧防護網絡服務計畫適用對象建議表

建議單位	□雲林縣政府 □鄉鎮市公所 □雲林縣衛生局 □雲林縣警察局 □臺大醫院雲林分院

序號	姓名	身分證字號	設籍市/鄉/鎮	聯絡人	聯絡人電話（手機）	備註
1						□身心障礙證明 □醫師診斷證明 □警察局受（處）理失蹤人口案件登記證明 □列冊獨居老人 □老人保護個案 □其他_____
2						□身心障礙證明 □醫師診斷證明 □警察局受（處）理失蹤人口案件登記證明 □列冊獨居老人 □老人保護個案 □其他_____
3						□身心障礙證明 □醫師診斷證明 □警察局受（處）理失蹤人口案件登記證明 □列冊獨居老人 □老人保護個案 □其他_____
4						□身心障礙證明 □醫師診斷證明 □警察局受（處）理失蹤人口案件登記證明 □列冊獨居老人 □老人保護個案 □其他_____

承辦人	業務單位主管	機關首長

備註：本表適用對象**需設籍雲林縣**，表格如有不足，請自行增列