

申請人姓名		聯絡電話	
與服務使用者關係	☐ 本人 ☐ 其他：_____		
服務使用者姓名		身分證字號	
出生日期		障礙類別	
聯絡電話		聯絡地址	
身障證明(手冊)影本 正面黏貼處		身障證明(手冊)影本 反面黏貼處	
曾否接受過生活重建訓練課程(一年內)： ☐ 有 ☐ 無_			
曾否接受過物理/職能治療： ☐ 是， _____（單位名稱） ☐ 否			
申請服務項目	☐ 生活自理能力訓練 ☐ 身心功能重建課程 ☐ 社交活動及人際關係訓練 ☐ 社會適應訓練課程 ☐ 心理諮商暨社會評估處遇 ☐ 運動體適能訓練課程 ☐ 其他：_____		
申請人簽名/簽章			
以下由服務單位填寫			
是否符合 服務使用資格	☐ 符合生活重建訓練課程 預訂提供之服務： ☐ 生活自理能力訓練 ☐ 身心功能重建課程 ☐ 社交活動及人際關係訓練 ☐ 社會適應訓練課程 ☐ 心理諮商暨社會評估處遇 ☐ 運動體適能訓練課程 ☐ 其他：_____		
	☐ 不符合，予以轉介。 （原因： ☐ 不符合本方案服務對象資格 ☐ 其他_____） （轉介單位：_____）		
專案社會工作師		單位主管	