財團法人罕見疾病基金會

無障礙計程車乘車補助**《申請表》**

申請日期： 補助編號：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病友姓名 |  | 出生日期 |  | 病友編號 |  |
| 疾病名稱 |  | 申請人 |  | 關係 |  |
| 身分證字號 |  | E-MAIL |  |
| 聯絡地址(本人可收到資料的地址) |  | 聯絡電話 |  |
| 病友概況 | 一、您目前是否乘坐輪椅或其他行動輔具？(1)□是 (接下題) (2)□否 (跳第四題)二、您目前使用？(1)□普通輪椅 (2)□電動輪椅 (3)□特製推車 (4)□其他：　　　　　　 三、您是否可以自己從輪椅或行動輔具移動到一般座位？(1)□可　 (2)□否四、您外出時，經常使用的交通方式為何？(可複選)(1)□自用車(親友搭載) (2)□復康巴士 (3)□捷運 (4)□公車、客運 (5)□火車、高鐵 (6)□無障礙計程車(7)□一般計程車 (8)□私家車/白牌車 (9)□其他： 五、您是否搭乘過無障礙計程車？(1)□有

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (2)□無，原因為何： | (2-1)□沒聽過 | (2-2)□預約不到車 |
|  | (2-3)□車資太貴 | (2-4)□其他：  |

六、您就醫的頻率？(1)□未就醫 (2)□每年／月／周\_\_\_\_\_\_\_\_\_次 　(請自行圈選適當的單位)七、您外出復健的頻率？(1)□未復健 (2)□每年／月／周\_\_\_\_\_\_\_\_\_次 　(請自行圈選適當的單位)八、您除就醫復健，外出的頻率？(1)□未外出 　　(2)□每年／月／周\_\_\_\_\_\_\_\_\_次 　(請自行圈選適當的單位) |
| **本會審核**(申請人請勿填寫) | 社工評估： |
| 承辦人評估：**評估結果：□核予補助 □不予補助** |
| 經辦部門 | 照會部門 | 執行秘書 | 副執行長 | 執行長 |
| 承辦人 | 部門主管 | 承辦人 | 部門主管 |  |  |  |