



基隆市政府小型復康巴士服務申請書

申請日期： 年 月 日

申請人(使用者)姓名		身分證字號		障礙類別	
				第 類	
		聯絡電話		障礙等級	
				<input type="checkbox"/> 極重 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 輕度	
住址： 市 區 路(街) 巷 弄 號 樓					
聯絡人姓名		聯絡電話		簽名或蓋章	
事由： <input type="checkbox"/> 就醫 <input type="checkbox"/> 復健 <input type="checkbox"/> 其他_____					
申請接送服務	<input type="checkbox"/> 申請 <u>多次</u> 服務	接送時間：自_____年_____月_____日 至_____月_____日，每週_____ 去：_____午_____時_____分 回：_____午_____時_____分		一、本府復康巴士為免費服務(以就醫、復健為優先，其他次之)，惟為有限資源共享及公平，每週以四次(去回各計一次)為限。 二、於行駛時間如發生意外事故，本府將交由保險公司全權負責處理，搭乘者不得要求本府其他賠償。 三、外縣市申請者請檢附身心障礙證明。	
	<input type="checkbox"/> 申請 <u>單次</u> 服務	接送時間：_____年_____月_____日 星期_____ 去：_____午_____時_____分 回：_____午_____時_____分			
接送地點：由 _____ *陪伴者最多2人 至 _____ 陪伴者人數：_____人					
核定情形	擬辦				
	承辦人：	科長：	副處長：	處長：	
復知情形	_____月 _____日 _____時 _____分 通知 <input type="checkbox"/> 申請人 <input type="checkbox"/> 聯絡人				

* 搭乘復康巴士請繫上輪椅安全帶 *

復康巴士連絡電話：2468-0655、傳真號碼：2468-0577 (傳真申請，請再次來電確認)

本服務經費由公益彩券盈餘分配特種基金補助