

油症患者就診卡申請表

104 年 10 月修訂

申請日期： 年 月 日

(所填姓名、身分證號、出生日期務必與身分證明文件相符)

姓 名		出生日期	民國(前) 年 月 日
身分證 統一編號			
申請原因 (請擇一勾選)	<input type="checkbox"/> 首次領卡 (請檢附身分證影本及相關證明文件，申請為第 2 代油症患者需檢附生母為第 1 代油症患者之證明文件，如：生母身分證影本等) <input type="checkbox"/> 身分資料變更 <input type="checkbox"/> 毀損(請檢附毀損之油症患者就診卡) <input type="checkbox"/> 遺失 <input type="checkbox"/> 換發新卡 (請檢附身份證及舊油症患者就診卡)		
聯絡電話	(家)	(手機)	
現住地址			
戶籍地址			
申請人簽章		*法定代理人 簽章	

(*註：申請人如未滿 20 歲，依規定需有法定代理人簽章)

備註：

1. 首次領卡、身分資料變更（如變更姓名）、毀損、遺失等原因申請換發油症卡者，請填寫本申請表，掛號郵寄、親自或委託代理人至各縣市衛生局(所)辦理。
2. 申請人親洽各縣市衛生局(所)現場申辦時，請攜帶身分證明文件正本，以備查驗；由代理人代為現場辦理時，應同時出示申請人及代理人之身分證明文件正本，以備查驗。
3. 請將身分證明文件正、反面影本黏貼於本表。

※ 正面填寫的姓名、身分證號、出生日期務必與所貼證明文件影本相符。

本人身分證影本（必填）

<p>請貼牢</p> <p>身分證明文件正面影本</p> <p>請以膠水黏貼身分證影本</p>	<p>請貼牢</p> <p>身分證明文件背面影本</p> <p>請以膠水黏貼身分證影本</p>
---	---

※ 請檢附國民身分證（未領身分證兒童，請附戶口名簿）或其他身分證明文件影本，如有疑問，請洽電話各縣市衛生局。

生母身分證影本（申請第2代油症患者就診卡需附）

<p>請貼牢</p> <p>身分證明文件正面影本</p> <p>請以膠水黏貼身分證影本</p>	<p>請貼牢</p> <p>身分證明文件背面影本</p> <p>請以膠水黏貼身分證影本</p>
---	---