

宜蘭縣長期照顧服務申請書

一、個案基本資料

申請日期： 年 月 日

* 需要 服務者	姓名		身分證字號：		
	出生年月日		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	戶籍地址	市鎮鄉	村里	鄰	路(街) 段 巷 弄 號 樓
	現住地址	<input type="checkbox"/> 同上	市鎮鄉	村里	鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓
	目前之居住狀況	<input type="checkbox"/> (1)獨居 <input type="checkbox"/> (2)固定與他人同住 <input type="checkbox"/> (3)輪流與他人同住 <input type="checkbox"/> (4)其他			
	山地原住民身分	<input type="checkbox"/> 0. 否 <input type="checkbox"/> 1. 是(55歲以上)			
	榮民身分	<input type="checkbox"/> 0. 否 <input type="checkbox"/> 1. 是(<input type="checkbox"/> 榮民 <input type="checkbox"/> 榮眷)			
	福利別	<input type="checkbox"/> 1. 低收入戶 <input type="checkbox"/> 2. 中低收入戶 (<input type="checkbox"/> 1.5 倍 <input type="checkbox"/> 2.5 倍) <input type="checkbox"/> 3. 一般戶			
	身心障礙手冊	<input type="checkbox"/> 否； <input type="checkbox"/> 是(50歲以上)(障別 _____ <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度)			
	聯絡電話			常用語言	

二、代理人基本資料

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號	
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同個案 市鎮鄉 村里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓				
與個案關係		電話		手機	

三、主要聯絡人資料

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號	
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同個案 市鎮鄉 村里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓				
與個案關係		電話		手機	

四、個案初審評估資料

項目	內容	是	否
1	是否設籍宜蘭縣且實際居住於宜蘭縣內		
2	目前是否入住機構或住院中，機構(醫院)名稱：_____		
3	在最近三個月內是否曾住院(含急診經驗)住院原因：_____		
4	目前是否聘請看護工幫忙照顧		
5	經醫師診斷是否未具傳染性疾病及精神病(檢附3個月內診斷書)		
6	是否罹患慢性病，疾病名稱：_____		
7	目前是否接受居家護理服務，服務單位：_____		
8	是否有外出就醫之困難(行動不便或無人接送)		
9	是否意識清楚、非植物人		
10	是否具積極復健治療之需求及具進步之空間(檢附3個月內診斷書)		
11	是否接受門診復健治療		

12	是否領有政府提供之其它照顧補助費用 1. <input type="checkbox"/> 公費機構安置 2. <input type="checkbox"/> 中（低）收入戶老人特別照顧津貼 3. <input type="checkbox"/> 其他		
----	--	--	--

五、欲申請服務種類：(可複選)

1. 居家服務 2. 日間照顧 3. 家庭托顧 4. 居家喘息服務
5. 機構喘息服務 6. 居家護理 7. 居家復健 8. 在宅醫療
9. 老人營養餐飲服務 10. 輔具購買、租借及居家無障礙環境改善 11. 交通接送服務
12. 機構安置 13. 其他 _____

六、檢附文件：(可複選)

1. 身分證影本(正反面) 2. 身心障礙手冊影本(正反面) 3. 低收入戶證明
4. 中低收入戶證明 5. 三個月內診斷書(居家復建、喘息服務需檢附)
6. 戶口名簿影本(機構安置需檢附) 7. 體格檢查表(機構安置需檢附)
8. 全戶財產所得資料清單(機構安置需檢附；低收入戶者請附低收入戶證明即可)
9. 其他 _____

七、填表說明：

- (一)已聘僱看護工者，不得申請第1項至第5項服務種類。
 (二)如已領有中（低）收入戶老人特別照顧津貼者，不得申請第1項至第3項服務種類。
 (三)最後煩請您再詳細檢視上述所填之資料是否完全屬實；如經查證以詐欺或其他不正當行為或虛偽之證明申請補助費用者，應負一切法律責任，並返還已支付之服務補助經費。

申請人（或代理人）簽名： _____

是否符合收案條件： <input type="checkbox"/> 1. 符合 <input type="checkbox"/> 2. 不符合，原因： _____ <input type="checkbox"/> 3. 其他
--

受理申請單位： 電話： 備註：	承辦人： 傳真：
-----------------------	-------------

* 填畢後請將本申請書、身分證及身心障礙手冊影本傳真至宜蘭縣長期照護服務管理所。

宜蘭縣長期照護服務管理所地址：宜蘭市聖後街141號
 傳真專線：9359993 洽詢電話：9359990