

# 長期照顧服務申請書

版本：107.11 V1.0

\*申請日期：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

## 一、轉介單位

\* 為重要必填資訊，俾利後續申請及聯絡事宜，謝謝您。

\*轉介單位：醫療機構單位 社福機構單位 長照機構單位

鄉公所

其他單位：\_\_\_\_\_

\*轉介單位名稱：\_\_\_\_\_

\*轉介單位聯絡人/窗口：\_\_\_\_\_ \*連絡電話：\_\_\_\_\_

自行申請(請直接由此開始填寫)

\*資訊來源：宣傳單/海報 報章雜誌 電視/廣播 網路/媒體 親友介紹

鄉公所/鄰/里長 長照服務人員介紹 長照專線 1966 其他\_\_\_\_\_

## 二、需要服務者基本資料

\*1. 姓名：\_\_\_\_\_ \*2. 生日：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 \*3. 性別：男女

\*4. 國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_ \*5. 電話：**037-**\_\_\_\_\_

\*6. 是否為原住民：否 是 \*7. 是否為榮民或榮眷：否 是→ (榮民/榮眷)

\*8. 目前之居住狀況：獨居 固定與他人同住 輪流與他人同住 其他\_\_\_\_\_

\*9. 通訊地址：苗栗縣大湖鄉\_\_\_\_\_里\_\_\_\_\_鄰\_\_\_\_\_路/街\_\_\_\_\_段

\_\_\_\_\_巷\_\_\_\_\_弄\_\_\_\_\_號\_\_\_\_\_樓

10. 戶籍地址：同上

\_\_\_\_\_縣/市\_\_\_\_\_市/鄉/鎮\_\_\_\_\_區\_\_\_\_\_村/里\_\_\_\_\_鄰

\_\_\_\_\_路/街\_\_\_\_\_段\_\_\_\_\_巷\_\_\_\_\_弄\_\_\_\_\_號\_\_\_\_\_樓

11. 常用語言：國語 台語 客語 原住民或其他語言：\_\_\_\_\_

12. 目前是否領有身心障礙者手冊：否 是→障礙類別：\_\_\_\_\_

障礙程度：極重度 重度 中度 輕度

13. 社會福利身分別：

一般戶老人 中低收入老人 低收入戶老

一般戶身心障礙者中低收入身心障礙者低收入戶身心障礙者其他\_\_\_\_\_

14. 目前是否領有政府提供之其它照顧補助費用：否；是→\_\_\_\_\_

15. 目前是否就業中：是；否→ (有就業意願/無就業意願)

16. 目前是否住在機構：否；是→機構名稱：\_\_\_\_\_

\*17. 目前是否在最近三個月內有住院(含急診經驗)：

否 是→(住院中/曾經住院)原因：\_\_\_\_\_

\*18. 目前是否聘請看護幫忙照顧：

否 是→(本籍/外籍) 申請中→(本籍/外籍)

19. 是否罹患疾病：否 是→疾病名稱：\_\_\_\_\_

是否有傳染病：否 是→疾病名稱：\_\_\_\_\_

### 三、申請長照服務類別

1. 照顧服務(居家服務、日間照顧、家庭托顧)  
2. 專業服務(復能服務、營養照護、居家護理訪視指導及指導與諮詢、進食與吞嚥照護)  
3. 交通接送服務      4. 輔具服務及居家無障礙環境改善服務      5. 喘息服務  
6. 營養餐飲服務      7. 機構服務      8. 小規模多機能服務      9. 銜接居家醫療  
10. 預防及延緩失能      11. 到宅沐浴車服務      12. 家庭照顧者支持  
13. 照顧實務指導服務      14. 其他(請說明) \_\_\_\_\_

### 四、聯絡人基本資料

#### (一)主要聯絡人/代理人：

- 1.姓名：\_\_\_\_\_ 2.國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_
- 3.電話：(家) \_\_\_\_\_ (公) \_\_\_\_\_ 手機 \_\_\_\_\_
- 4.與需要服務者的關係或身分：\_\_\_\_\_
- 5.通訊地址：\_\_\_\_\_縣/市\_\_\_\_\_市/鄉/鎮\_\_\_\_\_區\_\_\_\_\_村/里\_\_\_\_\_鄰  
\_\_\_\_\_路/街\_\_\_\_\_段\_\_\_\_\_巷\_\_\_\_\_弄\_\_\_\_\_號\_\_\_\_\_樓

#### (二)次要聯絡人：

- 1.姓名：\_\_\_\_\_ 2.國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_
- 3.電話：(家) \_\_\_\_\_ (公) \_\_\_\_\_ 手機 \_\_\_\_\_
- 4.與需要服務者的關係或身分：\_\_\_\_\_
- 5.通訊地址：\_\_\_\_\_縣/市\_\_\_\_\_市/鄉/鎮\_\_\_\_\_區\_\_\_\_\_村/里\_\_\_\_\_鄰  
\_\_\_\_\_路/街\_\_\_\_\_段\_\_\_\_\_巷\_\_\_\_\_弄\_\_\_\_\_號\_\_\_\_\_樓

◎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： 1. 符合  
 2. 不符合，原因：\_\_\_\_\_  
 3. 其他\_\_\_\_\_

苗栗縣政府長期照顧管理中心

大湖衛生所 364 苗栗縣大湖鄉中原路 87 號〈衛生所 1 樓〉

電話：037-991034 傳真：037-993745

承辦人：\_\_\_\_\_