

# 臺東縣長期照顧服務申請書

106.06.22 修訂

## 一、需要服務者基本資料【打\*為必填欄位】

申請日期： 年 月 日

\*1.姓名：\_\_\_\_\_ \*2.出生日期：民國(1.前 2.國)\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

\*3.國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_ \*4.電話：\_\_\_\_\_

\*5.是否為原住民： (1)否  (2)是 \*6.性別： (1)男  (2)女

\*7.目前之居住狀況： (1)獨居  (2)固定與他人同住  (3)輪流與他人同住  (4)其他\_\_\_\_\_

\*8.通訊地址： \_\_\_\_\_ 縣/市 \_\_\_\_\_ 市/鄉/鎮 \_\_\_\_\_ 區 \_\_\_\_\_ 村/里 \_\_\_\_\_ 鄰  
\_\_\_\_\_ 路/街 \_\_\_\_\_ 段 \_\_\_\_\_ 巷 \_\_\_\_\_ 弄 \_\_\_\_\_ 號 \_\_\_\_\_ 樓

9.戶籍地址： 同上

\_\_\_\_\_ 縣/市 \_\_\_\_\_ 市/鄉/鎮 \_\_\_\_\_ 區 \_\_\_\_\_ 村/里 \_\_\_\_\_ 鄰  
\_\_\_\_\_ 路/街 \_\_\_\_\_ 段 \_\_\_\_\_ 巷 \_\_\_\_\_ 弄 \_\_\_\_\_ 號 \_\_\_\_\_ 樓

10.常用語言：\_\_\_\_\_

11.目前是否領有身心障礙者手冊： (1)否  (2)是，障別：\_\_\_\_\_  (3)申請中

11-1.障礙程度： (1)極重度  (2)重度  (3)中度  (4)輕度

12.社會福利身分別： (1)一般戶  (2)中低收入  (3)低收入戶

13.目前是否在最近三個月內有住院(含急診經驗)：

(1)否  (2)是，住院原因：\_\_\_\_\_

14.目前是否聘請看護幫忙照顧：

(1)否  (2)是 (14a.  本籍 14b.  外籍)  申請中 (14c.  本籍 14d.  外籍)

15.是否罹患疾病：

(1)否  (2)是，疾病名稱：\_\_\_\_\_

16.目前是否使用長期照顧服務：

(1)否  (2)是，使用之服務為\_\_\_\_\_

17.在沒有人或工具幫助的情形下，無法完成下列哪些活動：

(1)吃飯  (2)移位(上/下床)  (3)室內/外走動  (4)穿脫衣褲鞋襪  (5)洗澡  (6)如廁

18.欲申請服務種類：

(1)居家服務  (2)日間照顧服務  (3)家庭托顧服務  (4)居家喘息  (5)機構喘息

(6)居家護理  (7)居家復健  (8)社區復健  (9)交通接送

(10)老人營養送餐服務  (11)長期照顧機構服務

(12)輔具購買、租借及居家無障礙環境改善

(13)原住民族地區社區整合型服務  (14)失智症照顧服務(居家式)(共照中心)

(失智據點)

(15)銜接出院準備服務

(16)居家醫療

(17)家庭照顧者支持服務據點 銜接單位：台東聖母醫院，服務專線：0800-50-7272

(18)社區預防性照顧服務 銜接單位： \_\_\_\_\_ 據點  其他\_\_\_\_\_

(19)預防或延緩失能之服務 銜接單位： \_\_\_\_\_ 據點  其他\_\_\_\_\_

(20)其他\_\_\_\_\_

## \*二、代理人基本資料

- 1.姓名：\_\_\_\_\_ 2.國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_
- 3.電話：(H) \_\_\_\_\_ (O) \_\_\_\_\_ 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

## \*三、主要聯絡人資格

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

◎請依個案資料備齊下列文件，方可申請服務（**備齊打勾**）

- 戶口名簿影本或身分證影本  身心障礙手冊影本  中低收入戶證明  低收入戶證明，  
郵寄或傳真至臺東縣長期照顧管理中心。

◎如何得知長照服務資訊：

- 電視傳媒  活動宣導  親友介紹  委託廠商  衛生所  鄉鎮公所  村里長  
 其他 \_\_\_\_\_

◎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：\_\_\_\_\_

## 四、協助申請單位資料

受理申請單位：	承辦人：
電話：	傳真：
備註：	

## 五、臺東縣長期照顧管理中心回覆

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 _____
--

服務單位：臺東縣長期照顧管理中心

中心地址：台東市博愛路 336 號 1 樓

電話 1：長照服務申請專線：市話 4128080(幫您、幫您)，※手機(02)4128080

電話 2：(089) 330068

傳真：(089) 340705