附件4

文化健康站長者名冊

站名：〇〇縣（市）〇〇鄉（鎮、市、區）文化健康站　　填表人：

地址：　　填寫日期：

編號	案號	姓名	出生年月日	性別	電話	族別	是否經照管中心評估為失能?	是否領有身障手冊	罹患慢性病	緊急連絡人姓名、關係與電話	接受服務（可複選）
							☐無 ☐有，CMS__級	☐無 ☐有,度			☐到站服務 ☐外展服務（送餐、量能提升服務）

【備註】新設置文健站考量服務品質及量能，均以服務級距為20~29人、且不補助量能提升業務費。