

老人福利機構歇業申請案須知

一、法源依據：

私立老人福利機構設立許可及管理辦法 第 23 條。(修正日期：民國 113 年 07 月 26 日)
私立老人福利機構申請歇業者，應於事實發生日三十日前，填具申請書，敘明理由、現有收容老人安置計畫及日期，報主管機關許可。
私立老人福利機構未依前項規定辦理者，主管機關除依本法第四十七條規定處理外，應廢止其設立許可，並註銷其設立許可證書。

二、需備文件

- (一) 公文
- (二) 歇業申請書
- (三) 現有收容老人安置計畫(已轉出者需註明轉出日期及轉入機構名稱)
- (四) 現有工作人員安置計畫

三、申請程序(請留意日期)

- (一) 歇業預訂日期：113年10月1日。
- (二) 最晚送件日期：113年8月31日。(需與歇業預定日相距至少1個月)
- (三) 協助老人及工作人員安置期間：需於歇業預訂日之前，連繫家屬帶回照顧，或協助家屬將老人轉介至其他老人福利機構或護理之家。

**臺南市老人福利機構擴充(縮減)業務規模、遷移、歇業、停(復)業、
管路及證書記載事項變更申請書**

機構名稱			
機構地址			
負責人 姓名		聯絡電話/傳真 電子信箱	
立案日期	年 月 日	原業務規模	○○型○床 (含鼻胃管、胃造瘻口、導尿管○床)
申請項目	預定日期：中華民國 年 月 日 一、營業狀態變更： <input type="checkbox"/> 遷移 <input type="checkbox"/> 復業 <input type="checkbox"/> 停業 <input type="checkbox"/> 歇業（免填下表） 二、業務規模變更： <input type="checkbox"/> 擴充__床 <input type="checkbox"/> 縮減__床 三、管路變更： <input type="checkbox"/> 鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃造瘻口 <input type="checkbox"/> 導尿管，共__床 四、證書記載事項變更：_____		
變更後 業務規模	<input type="checkbox"/> 長期照護型	床	合計 共○床
	<input type="checkbox"/> 養護型	床 (含鼻胃管、胃造瘻口、導尿管○床)	
	<input type="checkbox"/> 失智照顧型	床	
	<input type="checkbox"/> 安養機構	床	
	<input type="checkbox"/> 日間照顧	人	
備註	※日間照顧不設床位，故不列計床位數計算，如有設床者，則列入立案床位類型之數量。 ※依長期照顧服務法第22條規定，適用本案擴充申請，係指床位數增加而機構總樓地板面積未擴增之情形。		

負責人簽名及蓋章：

機構用印：

臺南市私立○○老人長期照顧中心(養護型)歇業申請案

預定歇業日：○年○月○日

工作人員安置說明表

填表日期：○年○月○日

No.	姓名	性別	出生年月日	身份證字號	離職日期	安置措施	轉介後聯絡方式
1						<input type="checkbox"/> 轉換行業 <input type="checkbox"/> 轉至其他機構服務	工作人員連絡電話： 機構名稱： 機構電話： 機構地址：
2						<input type="checkbox"/> 轉換行業 <input type="checkbox"/> 轉至其他機構服務	工作人員連絡電話： 機構名稱： 機構電話： 機構地址：
3						<input type="checkbox"/> 轉換行業 <input type="checkbox"/> 轉至其他機構服務	工作人員連絡電話： 機構名稱： 機構電話： 機構地址：

表格不足者，請自行新增使用

臺南市私立○○老人長期照顧中心(養護型)歇業申請案

預定歇業日：○年○月○日

住民安置說明表

填表日期：○年○月○日

No.	姓名	性別	出生年月日	身份證字號	留置管路情形	轉出日期	安置措施	家屬/轉介機構之聯絡方式
1					<input type="checkbox"/> 無管路 <input type="checkbox"/> 鼻胃管 <input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 胃造瘻口		<input type="checkbox"/> 家屬帶回家 <input type="checkbox"/> 轉介機構	家屬姓名： ，與住民關係： 家屬電話： 機構名稱： 機構電話： 機構地址：
2					<input type="checkbox"/> 無管路 <input type="checkbox"/> 鼻胃管 <input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 胃造瘻口		<input type="checkbox"/> 家屬帶回家 <input type="checkbox"/> 轉介機構	家屬姓名： ，與住民關係： 家屬電話： 機構名稱： 機構電話： 機構地址：
3					<input type="checkbox"/> 無管路 <input type="checkbox"/> 鼻胃管 <input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 胃造瘻口		<input type="checkbox"/> 家屬帶回家 <input type="checkbox"/> 轉介機構	家屬姓名： ，與住民關係： 家屬電話： 機構名稱： 機構電話： 機構地址：

表格不足者，請自行新增使用

臺南市私立____老人長期照顧中心(養護型)

圖記銷毀

機構 圖記 用印	(已銷毀之圖記用印處)
----------------	-------------