

減少照護機構至醫療機構就醫方案申請表

| | | |
|----------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| 機構類型 | <input type="checkbox"/> 照護機構 | <input type="checkbox"/> 醫療機構 |
| 機構名稱 | | |
| 機構負責人(簽約代表人)姓名 | | |
| 機構地址 | | |
| 方案聯絡人 | | |
| 聯絡電話 | | |
| 傳真 | | |
| 聯絡電子信箱 | | |
| 住宿式設立許可床數 | | X |
| 住宿式開放床數 | | X |
| 住宿式收住人數 | | X |
| 主責醫師姓名及醫師證號 | X | |
| 偕同醫師姓名及醫師證號 | X | |
| 契約期限 | 健保署同意報備醫師支援期間之起日至 110 年 12 月 31 日 | |

註：

1. 各機構請依機構類型於該欄位勾選，並填列本身機構之基本資料及與本身機構簽約機構之基本資料。
2. 例如：申請者為○○護理之家，請勾選照護機構，並填寫照護機構所有欄位資料，為使簽約資料完整，請同步填寫與照護機構簽約之醫療機構所有欄位資料；如申請者為○○醫院，請勾選醫療機構，並填寫醫療機構所有欄位資料，並同步填寫與醫療機構簽約之照護機構所有欄位資料。
3. 所有欄位皆為必填，且欄位中所有資料皆需由地方政府登載於長照機構暨長照人員相關管理資訊系統。