

## 114 年居家失能個案家庭醫師照護方案專業人員安全守護計畫-申請表

申請日期： 年 月 日

申請單位		統一編號	
單位連絡人		連絡電話	
申請人數		申請金額	
單位地址			
檢 附 文 件 檢 核 ( 請 依 序 排 列 )	檢核項目	單位檢核	主管機關審查
	1. 申請表一份(本表)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. 人員資料表(附件 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. 114 年度意外險為主險之保單影本(註 1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. 團保人員名冊(若為個人保險則免)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. 與保單號碼相符之繳費收據正本、影本(註 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
註 1：若為跨年度保單，則繳交續保之保單，不可重複申報。			
註 2：繳費收據、繳納證明或送金單以上皆可；續約之保單應用新年度意外險為主險之新保單號碼及與保單號碼相符之收據作申請。			
※注意事項：			
1. 送申請前，請務必檢視內容是否一致。			
2. 資料內有影本資料，請蓋與正本相符及職章。			
※申請案件如有下列情事之一者，不予受理：			
1. 中止特約契約或歇業。			
2. 申請文件、資料不全或錯誤，未依期限補正。			
機構負責人(簽名或蓋章)			

社會局承辦人：

初審結果 符合 不符合 其他：

社會局主管：