

臺南市長期照顧服務申請書

一、需要服務者基本資料

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. 是否為山地原住民：☐0. 否 ☐1. 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：

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)一般戶老人 ☐ (2)中低收入老人 ☐ (3)低收入戶老人

☐ (4)一般戶身心障礙者 ☐ (5)中低收入身心障礙者

☐ (6)低收入戶身心障礙者 ☐ (7)其他_____

13. 目前是否領有政府提供之其它照顧補助費用：☐ (1)否 ☐ (2)是_____

14. 目前是否就業中：☐ (1)是 ☐ (2)否→ ☐ 有就業意願 ☐ 無就業意願

15. 目前是否住在機構：☐ (1)否 ☐ (2)是，_____

16. 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：_____

17. 目前是否聘請看護幫忙照顧：

☐ (1)否 ☐ (2)是 (☐ 17a. 本籍 ☐ 17b. 外籍) ☐ (3)申請中(☐ 17c. 本籍 ☐ 17d. 外籍)

18. 是否罹患疾病：☐ (1)否 ☐ (2)是，疾病名稱：_____

19. 欲申請服務種類：

- | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| ☐ 1. 居家服務 | ☐ 2. 日間照顧 | ☐ 3. 家庭托顧 | ☐ 4. 居家喘息服務 |
| ☐ 5. 機構喘息服務 | ☐ 6. 居家護理 | ☐ 7. 居家職能治療 | ☐ 8. 居家物理治療 |
| ☐ 9. 社區職能治療 | ☐ 10. 社區物理治療 | ☐ 11. 輔具購買、租借及居家無障礙環境改善 | |
| ☐ 12. 老人營養餐飲服務 | ☐ 13. 交通接送服務 | | ☐ 14. 機構服務 |

☐ 15. 密集性照護 ☐ 16. 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、主要聯絡人資料**

- 1.姓名：_____
- 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

***四、提供個人資料同意書（請擇一勾選）**

- ☐為配合「我國長照照顧十年計畫」，本人同意使用長期照顧服務期間提供個人資料，由臺南市政府照顧服務管理中心自行或委託民間單位，進行長期照顧使用滿意度調查、需求調查等相關成效研究。
- ☐本人不同意前述相關事項

- ◎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：_____

是否符合收案條件： ☐ 1. 符合 ☐ 2. 不符合，原因：_____ ☐ 3. 其他

受理申請單位： 電話： 備註：	承辦人： 傳真：
-----------------------	-------------