

填寫範例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：104 年 00 月 00 日

- *1. 姓 名：張三 *2. 出生日期：民國(1. 前 2. 國) 00 年 00 月 00 日
- *3. 國民身分證統一編號：R123456789 *4. 電 話：(06)1111111
- *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／市臺南市／鄉／鎮官田區官田村／里 00 鄰
00 路／街 00 段 00 巷 弄 00 號 樓
9. 戶籍地址：☒同上
縣／市 市／鄉／鎮 區 村／里
路／街 段 巷 弄 號 樓
10. 常用語言：台語
11. 目前是否領有身心障礙者手冊：☐ (1)否 ☒ (2)是，障別：(例)肢體
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：(依實際狀況填寫) 00 病
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：_____ 李四 _____ 2.國民身分證統一編號：_____ R222222222 _____
- 3.電 話：(H) (06)1111111 (O) (06)2222222 手機 0911111111
- 4.與需要服務者的關係或身分：_____ 母女 _____
- 5.通訊地址：_____ 縣／市 臺南 市／鄉／鎮 官田 區 官田 村／里 00 鄰
_____ 00 路／街 00 段 00 巷 _____ 弄 00 號 _____ 樓

*三、主要聯絡人資料

- 1.姓 名：_____ 李四 _____
- 2.電 話：(H) _____ (06)1111111 (O) _____ (06)2222222 手機 0911111111
- 3.與需要服務者的關係或身分：_____
- 4.通訊地址：_____ 縣／市 臺南 市／鄉／鎮 官田 區 官田 村／里 00 鄰
_____ 00 路／街 00 段 00 巷 _____ 弄 00 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：_____ 李四 _____

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：
