

臺中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

個案來源：自行申請 衛生所 醫院 社會處 社福團體 長照機構 居服單位
家戶篩檢 鄉鎮市公所 戶政事務所 其他：_____

*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：04-_____

*5. 是否為山地原住民：0. 否 1. 是 *6. 性別： (1)男 (2)女

*7. 是否為榮民或榮眷：0. 否 1. 是 (榮民 榮眷)

*8. 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__

*9. 通訊地址：_____ 台中 市 _____ 區 _____ 里 _____ 鄰 _____ 路/街
_____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓

10. 戶籍地址：同上

_____ 台中 市 _____ 區 _____ 里 _____ 鄰 _____ 路/街
_____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓

11. 常用語言：_____

12. 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

13. 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_____

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

15. 目前是否就業中： (1)是 (2)否 → 有就業意願 無就業意願

16. 目前是否住在機構： (1)否 (2)是，_____

17. 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：_____

18. 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)

19. 是否罹患疾病： (1)否 (2)是，疾病名稱：_____

是否有傳染病： (1)否 (2)是：疾病名稱：_____

20. 欲申請服務種類：

- | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 居家服務 | <input type="checkbox"/> 2. 日間照顧 | <input type="checkbox"/> 3. 家庭托顧 | <input type="checkbox"/> 4. 居家喘息服務 |
| <input type="checkbox"/> 5. 機構喘息服務 | <input type="checkbox"/> 6. 居家護理 | <input type="checkbox"/> 7. 居家職能治療 | <input type="checkbox"/> 8. 居家物理治療 |
| <input type="checkbox"/> 9. 社區職能治療 | <input type="checkbox"/> 10. 社區物理治療 | <input type="checkbox"/> 11. 輔具購買、租借及居家無障礙環境改善 | |
| <input type="checkbox"/> 12. 老人營養餐飲服務 | | <input type="checkbox"/> 13. 交通接送服務 | <input type="checkbox"/> 14. 機構服務 |
| <input type="checkbox"/> 15. 密集性照護 | <input type="checkbox"/> 16. 社區復健 | <input type="checkbox"/> 17. 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

◎ 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：臺中市長期照顧管理中心 承辦人：
電話：04-25152888 傳真：04-25158188
備註：