

# 長期照顧服務申請書

\*個案來源：  
1. 單位轉介：  
2. 來電申請 3. 個案發掘  
4. 親至申請 5. 重新開案  
\*申請者/轉介者：\_\_\_\_\_

## 一、需要服務者基本資料

申請日期： 年 月 日

【打\*為必填欄位，其餘部分可由各縣市自行依需要酌予調整或修改】

- \*1. 姓名：\_\_\_\_\_ \*2. 出生日期：民國 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日\_\_\_\_足歲
- \*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. 目前領有身心障礙者手冊/證明： (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. 目前領有政府提供之其它照顧補助費用： (1) 否  (2) 是\_\_\_\_\_
14. 目前就業中： (1) 是  (2) 否 →  有就業意願  無就業意願
15. 目前住在機構： (1) 否  (2) 是，\_\_\_\_\_
16. 最近三個月內是否有住院（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：
- |                                      |  |  |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 居家服務     | <input type="checkbox"/> 2. 日間照顧 ( <input type="checkbox"/> 失智、 <input type="checkbox"/> 失能)                                     | <input type="checkbox"/> 3. 家庭托顧       |
| <input type="checkbox"/> 4. 專業服務     | <input type="checkbox"/> 5. 喘息服務 ( <input type="checkbox"/> 居家、 <input type="checkbox"/> 機構住宿式、 <input type="checkbox"/> 日間照顧中心) |  |
| <input type="checkbox"/> 6. 巷弄長照站臨托  | <input type="checkbox"/> 7. 輔具購買、租借及居家無障礙  |  |
| <input type="checkbox"/> 8. 營養餐飲服務   | <input type="checkbox"/> 9. 交通接送服務   | <input type="checkbox"/> 10. 家庭照顧者支持服務 |
| <input type="checkbox"/> 11. 失智症照顧服務 | <input type="checkbox"/> 12. 居家醫療  | <input type="checkbox"/> 13. 小規模多機能服務  |
| <input type="checkbox"/> 14. 機構服務    | <input type="checkbox"/> 15. 其他_____   |  |

20.您是如何得知服務訊息：

1. 宣導活動 2. 網路訊息 3. 村辦公處 4. 鄉公所 5. 親友介紹  
6. 服務提供單位 7. 新聞報章雜誌 8. 其他\_\_\_\_\_

**\*二、主要聯絡人基本資料**

- 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

**\*三、代理人基本資料** 同主要聯絡人

- 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：屏東縣長期照護管理中心 承辦人：  
電話：直撥 1966 或 08-7662900 傳真：08-7662906  
備註：