

二、主要聯絡人資格

- 1.姓名：_____ 2.國民身分證統一編號：_____
- 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

申請人（或代理人）簽名： _____

三、協助申請單位資料

受理申請單位：	承辦人：
電話：	傳真：
備註：	

四、臺東縣長期照顧管理中心回覆

是否符合收案條件： <input type="checkbox"/> 1. 符合 <input type="checkbox"/> 2. 不符合，原因 _____ <input type="checkbox"/> 3. 其他 _____
--

服務單位：臺東縣長期照顧管理中心

中心地址：台東市博愛路 336 號 1 樓

電話 1：長照服務申請專線：市話 4128080(幫您、幫您)，※手機(02)4128080

電話 2：(089) 330068

傳真：(089) 340705