

# 臺東縣衛生局 長照機構暨長照人員相關管理資訊系統—服務單位帳號申請表

機構資料			
機構代碼(帳號)	(本局填寫)		
密碼	(本局填寫)		
機構類型	<input type="checkbox"/> 依長服法設立( <input type="checkbox"/> 居家式、 <input type="checkbox"/> 社區式、 <input type="checkbox"/> 機構式、 <input type="checkbox"/> 綜合式) <input type="checkbox"/> 非長服法設立		
設立許可文號		設立許可日期	
機構性質	<input type="checkbox"/> 公立 <input type="checkbox"/> 長照機構法人 <input type="checkbox"/> 法人附設 <input type="checkbox"/> 個人設立 <input type="checkbox"/> 團體附設 <input type="checkbox"/> 私立學校附設		
機構名稱		機構統一編號	
原配發代碼(醫事機構)		機構設立地址	
機構負責人	姓名： 身分證：	業務負責人	姓名： 身分證：
樓地板總面積	平方公尺	電話	
電話 2		手機號碼 1	
手機號碼 2		傳真 1	
傳真 2		電子郵件	
申請人資料			
申請人屬性	<input type="checkbox"/> 政府機關 <input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 商號 <input type="checkbox"/> 團體 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 私立學校	統一編號	
申請人	姓名： 身分證：	出生日期	
戶籍地址		通訊地址	
服務項目			
居家式服務  附加服務  家庭托顧_____人	<input type="checkbox"/> 身體照顧服務、日常生活服務家事服務 <input type="checkbox"/> 醫事照護服務 <input type="checkbox"/> 喘息服務  <input type="checkbox"/> 輔具服務 <input type="checkbox"/> 餐飲及營養服務 <input type="checkbox"/> 緊急救援服務	日間照顧  <input type="checkbox"/> 失能者服務 _____人 <input type="checkbox"/> 失智者服務 _____人 <input type="checkbox"/> 失能、失智混和服務 _____人	<input type="checkbox"/> 小規模多機能  <input type="checkbox"/> 失能者服務 _____人 <input type="checkbox"/> 失智者服務 _____人 <input type="checkbox"/> 失能、失智混和服務 _____人 <input type="checkbox"/> 臨時提供住宿 _____人
團體家屋  可提供單位數 _____、可提供人數 _____人		喘息服務	
特約服務			
1	特約文號： 特約起訖：	2	特約文號： 特約起訖：

	特約項目： 特約服務範圍：		特約項目： 特約服務範圍：
3	特約文號： 特約起訖： 特約項目： 特約服務範圍：	4	特約文號： 特約起訖： 特約項目： 特約服務範圍：
備註：			
一、特約項目如下： 居家服務、到宅沐浴車服務、日間照顧服務、家庭托顧服務、小規模多機能服務、團體家屋服務 交通接送服務、營養餐飲服務、專業照護服務、喘息服務、輔具及居家無障礙環境服務、個案管理服務、巷弄長照站、居家失能個案家庭醫師照護服務			
二、本表填寫後請同時將電子檔寄件至 phbk097@ttshb.taitung.gov.tw 。			
三、如有表單相關疑問，請洽臺東縣衛生局 長照科 鍾小姐 089-323214#689			