

臺東縣政府減少住宿型機構住民至醫療機構就醫方案申請表

機構類型	<input type="checkbox"/> 住宿型機構	<input type="checkbox"/> 醫療機構
機構名稱		
機構代碼		
機構負責人(簽約代表人)姓名		
機構地址		
方案聯絡人		
聯絡電話		
傳真		
聯絡電子信箱		
住宿式設立許可床數		---
住宿式開放床數		---
住宿式收住人數		---
主責醫師姓名及醫師證號	---	
偕同醫師姓名及醫師證號	---	
契約期限	自 114 年 1 月 1 日至 116 年 12 月 31 日	
申請日期		
機構印信		

注意事項：

1. 各機構請依機構類型於該欄位勾選，並填列本身機構之基本資料及與本身機構簽約機構之基本資料。
2. 例如：申請者為○○護理之家/○○老人長期照顧中心(○○型)/○○身障機構，請勾選住宿型機構，並填寫住宿型機構所有欄位資料，為使簽約資料完整，請同步填寫與住宿型機構簽約之醫療機構所有欄位資料；如申請者為○○診所/○○醫院，請勾選醫療機構，並填寫醫療機構所有欄位資料，並同步填寫與醫療機構簽約之住宿型機構所有欄位資料。
3. 所有欄位皆為必填，且欄位中所有資料皆需由地方政府登載於長照機構暨長照人員相關管理資訊系統。
4. 請檢附並黏貼住宿型機構及醫療機構匯款銀行存摺封面影本(存摺影本係以機構為主，非提供個人帳戶)
5. 主責醫師不得重複擔任其他住宿型機構之主責醫師。

住宿型機構存摺封面影本
醫療機構存摺封面影本