

# 臺東縣長期照顧服務申請書

106.01.04 製訂

109.02.04 修訂

111.10.12 修訂

## 一、需要服務者基本資料

申請日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

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：\_\_\_\_\_
5. 是否為原住民：☐ 否 ☐ 是
6. 性別：☐ 男 ☐ 女
7. 目前之居住狀況：☐ 獨居 ☐ 固定與他人同住 ☐ 輪流與他人同住 ☐ 其他\_\_\_\_\_
8. 居住地址：\_\_\_\_\_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. 目前是否領有身心障礙者手冊：☐ 否 ☐ 是，障別：\_\_\_\_\_ ☐ 申請中  
11-1 障礙程度：☐ 極重度 ☐ 重度 ☐ 中度 ☐ 輕度
12. 福利身分別：☐ 列冊低收入戶 ☐ 列冊中低收入戶  
☐ 身心障礙者生活補助 ☐ 中低收入老人生活津貼
13. 目前是否在最近三個月內有住院(含急診經驗)；  
☐ 否 ☐ 是，住院原因：\_\_\_\_\_
14. 目前是否聘請外籍看護幫忙照顧：  
☐ 否 ☐ 是 ☐ 申請中
15. 是否罹患疾病：  
☐ 否 ☐ 是，疾病名稱：\_\_\_\_\_
16. 目前是否使用長期照顧服務：  
☐ 否 ☐ 是，使用之服務為：\_\_\_\_\_
17. 在沒有人或工具幫助的情形下，無法完成下列哪些活動：  
☐ 吃飯 ☐ 移位(上/下床) ☐ 室內/外走動 ☐ 穿脫衣褲鞋襪 ☐ 洗澡 ☐ 如廁
18. 欲申請服務種類  
照顧服務：☐ 居家服務 ☐ 日間照顧服務 ☐ 家庭托顧服務  
專業服務：☐ 復能照護 ☐ 營養照護 ☐ 臥床或長期活動受限照護  
☐ 居家護理指導與諮詢 ☐ 困擾行為照護(限心智功能障礙者)  
☐ 進食與吞嚥照護 ☐ 居家環境安全或無障礙空間規劃  
☐ 個別化服務計畫(ISP)擬定與執行(限精神障礙者)  
輔具服務：☐ 輔具購買 ☐ 輔具租賃 ☐ 居家無障礙環境改善  
喘息服務：☐ 居家喘息 ☐ 機構喘息 ☐ 日照喘息 ☐ 小規模多機能夜間喘息  
☐ 交通接送 ☐ 營養餐飲服務 ☐ 長期照顧機構服務(限列冊中低收入戶)  
☐ 轉介居家醫療 ☐ 轉介失智症照顧服務(☐ 共照中心/☐ 失智據點)  
☐ 家庭照顧者支持性服務  
☐ 社區式交通接送服務(至日間照顧、托顧家庭、巷弄長照站、文健站、失智症據點)  
☐ 居家失能個案家庭醫師照護 ☐ 其他\_\_\_\_\_

## 二、主要聯絡人資料

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. 居住地址：\_\_\_\_\_縣/市\_\_\_\_\_市/鄉/鎮\_\_\_\_\_區\_\_\_\_\_村/里\_\_\_\_\_鄰  
\_\_\_\_\_路/街\_\_\_\_\_段\_\_\_\_\_巷\_\_\_\_\_弄\_\_\_\_\_號\_\_\_\_\_樓

◎請依個案資料備齊下列文件，方可申請服務(備齊打勾)

- ☐戶口名簿影本或身分證影本 ☐身心障礙手冊影本 ☐中低收入戶證明 ☐低收入戶證明，郵寄或傳真至臺東縣長期照顧管理中心。

◎如何得知長照服務資訊：

- ☐電視傳媒 ☐活動宣導 ☐親友介紹 ☐委託廠商 ☐衛生所 ☐鄉鎮公所 ☐村里長  
☐其他\_\_\_\_\_。

◎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，並返還以支付之服務補助經費。

申請人簽名：\_\_\_\_\_

## 三、協助申請單位資料

受理申請單位：\_\_\_\_\_ 承辦人：\_\_\_\_\_

電話：\_\_\_\_\_ 傳真：\_\_\_\_\_

分機：\_\_\_\_\_

## 四、臺東縣長期照顧管理中心回覆

◆ 個案姓名：\_\_\_\_\_，CMS 等級\_\_\_\_\_級。

◆ 是否符合補助條件：☐1. 符合

☐2. 不符合，原因\_\_\_\_\_

☐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 306 號

長照服務申請專線：1966

傳真：(089)340705