新竹縣政府居家失能個案家庭醫師照護服務特約申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請日期 | 年 月 日(衛生局填寫) | 統一編號 |  |
| 申請單位 | (請用印) | | |
| 負 責 人/  職稱 | (請蓋章) | 聯絡資料 | 市話: 分機  行動電話: |
| 連絡人/  職稱 |  | 聯絡資料 | 市話: 分機  行動電話: |
| 單位地址 |  | 傳真電話 |  |
| 電子信箱 |  | | |
| 單位類別 | □醫療診所  □ 衛生所  □其他: | | |
| 服務項目 | ■AA12開立醫師意見書  ■YA01「居家失能個案家庭醫師方案」個案管理費 | | |
| 服務提供 資格 | 參與全民健康保險以下計畫擇一  □居家醫療照護整合計畫  □家庭醫師整合性照護計畫 | | |
| 申請應  檢附文件 | □居家失能個案家庭醫師照護服務特約申請書。  □醫事機構之開業執照1份(影本)。  □服務提供人員(醫師、護理人員)之執業執照文件/每位1份(影本)。  □服務提供人員(醫師、護理人員)清冊資料1份。  □長照人員Level 1長照培訓共同課程18小時文件。  □契約書一式4份。  □其他:  (申請書請置於第1頁，其他文件依序排列) | | |