

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	<input type="checkbox"/> 醫療診所 <input type="checkbox"/> _____ 衛生所 <input type="checkbox"/> 其他: _____		
服務項目	<input checked="" type="checkbox"/> AA12 開立醫師意見書 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 居家醫療照護整合計畫 <input type="checkbox"/> 家庭醫師整合性照護計畫		

<p>申請應 檢附文件</p>	<p><input type="checkbox"/>居家失能個案家庭醫師照護服務特約申請書。</p> <p><input type="checkbox"/>醫事機構之開業執照 1 份(影本)。</p> <p><input type="checkbox"/>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)。</p> <p><input type="checkbox"/>服務提供人員(醫師、護理人員)清冊資料 1 份。</p> <p><input type="checkbox"/>長照人員 Level 1 長照培訓共同課程 18 小時文件。</p> <p><input type="checkbox"/>契約書一式 4 份。</p> <p><input type="checkbox"/>其他:_____</p> <p>(申請書請置於第 1 頁，其他文件依序排列)</p>
---------------------	---