

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