

新竹縣政府特約居家失能個案家庭醫師照護服務申請書

112.11 修訂

申請日期	年 月 日 (本府填寫)		
申請單位	(請用印)	統一編號	
負責人	(請蓋章)	聯絡資料	市話： 分機 行動電話：
		身分證字號	
連絡人		聯絡資料	市話： 分機 行動電話： 電子信箱：
單位地址		傳真電話	
單位類別	<input type="checkbox"/> 西醫醫療機構 <input type="checkbox"/> 為全民健康保險特約醫事服務機構，並申請「居家醫療照護整合計畫」組成整合性照護團隊之居家護理所、居家呼吸照護所		
服務項目 及 提供區域  (可複 選)	<p><b>一、居家失能個案家庭醫師照護方案</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> AA12 開立醫師意見書</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> YA01 「居家失能個案家庭醫師方案」個案管理費</p> <p><b>二、服務區域：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 全區</p> <p><input type="checkbox"/> 竹北 <input type="checkbox"/> 竹東 <input type="checkbox"/> 新埔 <input type="checkbox"/> 關西 <input type="checkbox"/> 橫山 <input type="checkbox"/> 芎林 <input type="checkbox"/> 新豐</p> <p><input type="checkbox"/> 湖口 <input type="checkbox"/> 寶山 <input type="checkbox"/> 峨眉 <input type="checkbox"/> 北埔 <input type="checkbox"/> 尖石 <input type="checkbox"/> 五峰</p>		

<p>申請應 檢附文件</p>	<p><input type="checkbox"/>新竹縣政府特約居家失能個案家庭醫師照護服務申請書。</p> <p><input type="checkbox"/>長照提供者代表人或負責人身分證明文件影本。</p> <p><input type="checkbox"/>醫療（ 事 ） 機構、社會工作師事務所開業執照影本亦或其他證明文件。</p> <p><input type="checkbox"/>醫院及護理機構應提供評鑑合格或乙等以上相關證明文件</p> <p><input type="checkbox"/>服務提供人員之相關證書、證照之證明文件影本及服務人力清冊。</p> <p><input type="checkbox"/>契約書一式四份。</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>
---------------------	---