

臺東縣政府低收入戶老人轉介機構收容照顧申請表

申請日期： 年 月 日

申請入住機構：		電話：		地點		<input type="checkbox"/> 臺東縣內 <input type="checkbox"/> 縣外	
申請人資料							
福利身分款別	本縣		鄉(鎮、市)		款低收入戶		
姓名	性別		出生日期		民國 年 月 日		
身份證號	電話		使用語言		<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 閩南語 <input type="checkbox"/> 客家語		
原住民族身分	族				<input type="checkbox"/> 日語 <input type="checkbox"/> 原住民_____語		
身心障礙證明	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度		類別		第_____類		
戶籍地址							
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同上						
緊急連絡人	關係		電話		住家： 行動電話：		
應備文件	<input type="checkbox"/> 身份證正反面影本 <input type="checkbox"/> 3個月內公、私立醫院體檢表正本(體檢項目應含胸部X光、B型肝炎、法定傳染病、糞便檢查等)。 <input type="checkbox"/> 當年度低收入戶證明文件 <input type="checkbox"/> 申請入住機構同意書(需註記擬入住日期) <input type="checkbox"/> 臺東縣長期照顧服務申請書或失能評估報告(如已向本縣衛生局提出申請，請勾選)						
申請項目	<input type="checkbox"/> 安養補助 <input type="checkbox"/> 養護補助						
公所審核	承辦人		課長				
申請摘要	申請本府 109 年低收入戶失能老人轉介機構收容照顧補助。						
收文日期字號	109 年 月 日		號				
CMS 等級 (失能評估)	_____度 / CMS_____級						
核定結果	核定自 109 年 月 日起，補助每月新臺幣 元整。						
承辦人	科長		副處長		處長		