

# 住院民眾申請長照 2.0 服務轉介單

111/12/21 訂定

## 一、 個案基本資料 (必填)

姓 名		生 日	____年____月____日
身分證字號		婚 姻	
電 話		手 機	
常用語言		原 住 民	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
身心障礙證明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，第_____類 <input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 極重度		
現 居 地 址	_____縣/市_____市/鄉/鎮/區_____村/里 _____鄰_____路/街_____段_____巷_____弄 _____號_____樓		

## 二、 主要聯絡人 (必填)

姓 名		關 係	
電 話		手 機	

## 三、 次要聯絡人 (無，可免填)

姓 名		關 係	
電 話		手 機	

## 四、 欲申請長照 2.0 服務項目

- 照顧服務：居家服務 日間照顧 家庭托顧  
專業服務：\_\_\_\_\_  
交通接送  
輔具服務及居家無障礙環境改善服務：輔具\_\_\_\_\_ 環境改善  
喘息服務：居家喘息 機構喘息 日間照顧喘息 巷弄長照站  
營養餐飲服務 長期照顧機構服務  
失智症照顧服務 家庭照顧者支持服務

## 五、 轉介單位 (必填)

醫院名稱			
轉 介 人		轉 介 日 期	
電 話		傳 真	

單位主管：

六、受轉介單位

名稱	苗栗縣政府長期照護管理中心		
受理照專		回覆日期	
電話		傳真	
接案結果：(請於接受轉介後一週內，傳真或E-mail回覆轉介單位)			
<input type="checkbox"/> 提供服務：失能等級：第____級，預計提供項目：			
<input type="checkbox"/> 無法提供服務			
特殊情況備註：			

地段照督：