

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	☐ 是 ☐ 否
身心障礙證明	☐ 無 ☐ 有，第_____類 ☐ 輕 ☐ 中 ☐ 重 ☐ 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）			
☐ 提供服務：失能等級：第____級，預計提供項目：			
☐ 無法提供服務			
特殊情況備註：			

地段照督：