

申請日期：____年____月____日

112 年度雲林縣居家失能個案家庭醫師照護特約服務單位申請書

一、特約單位基本資料

(一)、名稱：

(二)、地址(含村里別)：

(三)、負責人姓名：

(四)、身分證字號：

(五)、出生年月日：

(六)、核銷人員姓名：

(七)、核銷人員聯絡電話及 Line ID：

(八)、核銷人員電子郵件信箱：

(九)、統一編號：

(十)、申請居家失能個案家庭醫師方案

開立醫師意見書(AA12)

居家失能個案家庭醫師方案個案管理費(YA01)

(十)、免備公文，請洽衛生局聯絡窗口蔡程彥先生收，電話(05)7002962，請

寄雲林縣斗六市公園路 75 號。

二、簽訂居家失能個案家庭醫師照護方案服務契約查檢表

項次	內容	勾選
1	申請書 1 份	<input type="checkbox"/>
2	契約書 1 式 2 份，採雙面列印 (請先行用印並加蓋騎縫章，經本局審查，日期再寫入，俟本局用印後，擲回 1 份契約書給服務單位收存)	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/> 開業執照影本 1 份 <input type="checkbox"/> 醫師證書影本 <input type="checkbox"/> 醫師長照人員照證影本 1 份 <input type="checkbox"/> 護理師執業執照影本 1 份 <input type="checkbox"/> 醫師及護理師預立醫療照護諮商(ACP)及預立醫療決定(AD)證書影本 (1) <input type="checkbox"/> 醫師-審核日期： ____年__月__日 (2) <input type="checkbox"/> 護理師-審核日期： ____年__月__日 <input type="checkbox"/> 診所與居護所合作契約書影本 1 份(個案管理師如為診所護理人員，本項免附) ★備註：影本資料請加蓋與正本相符	
4	免備公文	<input type="checkbox"/>