

高雄市弱勢身心障礙個案機構安置照顧費用調整檢核表

機構名稱：

個案姓名：

入住時間：

原費用	調整後費用
安置費 元/月	安置費 元/月
耗材費 元/月	耗材費 元/月
醫療費 元/3個月	醫療費 元/3個月

調整原因：

項目	佐證資料
<input type="checkbox"/> 收費標準調整	<input type="checkbox"/> 社會局/衛生局收費標準核備公文
<input type="checkbox"/> 照顧需求增加	<input type="checkbox"/> 社會局/衛生局收費標準核備公文(要確認整體費用有無超過收費標準) <input type="checkbox"/> 醫師診斷證明 <input type="checkbox"/> 照顧紀錄(請說明與之前照顧之差異_____) <input type="checkbox"/> 病歷摘要(請說明與之前照顧之差異_____)

備註：請依實際調整原因檢附佐證資料

機構(業務)負責人：_____ (簽章)