高雄市政府衛生局-長期照顧服務
爭議調處申請表

申請人姓名				身分證字號	
通訊住址				聯絡電話	
長照服務使用者姓名				與申請人關係	
長照服務使用者性別		長照服務使用者出生日期		身分證字號	
調處對象（機構名稱）					
機構地址					
爭議關係人員（負責人）姓名					
爭議日期					
爭議事實過程簡述（包含照護或事件前後情況差異、照護或事件過程等）					
具體訴求					
是否已與調處對象先行調處	□是　　□否(是否已經與調處對象私下協調)				
先行與調處對象協調意願	□有意願 □無意願(衛生局召開調處會議前，是否有意願與調處對象私下協調)				
申請人檢附資料	□ 契約書　□ 收費、明細收據　□委請衛生局調閱照護紀錄等資料 □ 其他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿				
備註	**□我已瞭解長期照顧服務爭議調處作業要點及作業流程** **□我希望的調處日期：** **1.**　年　月　日上下午　時　　2.　年　月　日上下午　時 **3.**　年　月　日上下午　時　　4.　年　月　日上下午　時 **申請人：　　簽章**　　申請日期：　年　月　日 本表格如空間不敷使用，可於下載後自行調整。				

【接續下頁】

申請人身分證正反面影本

正面身分證影本	反面身分證影本