

## 高雄市長期照顧服務申請書

### 一、需要服務者基本資料【打\*為必填欄位】

申請日期： 年 月 日

- \*1. 姓名：\_\_\_\_\_ \*2. 出生日期：民國(1.前 2.國)\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日
- \*3. 國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_ \*4. 電話：\_\_\_\_\_
- \*5. 是否為山地原住民：0. 否 1. 是 \*6. 性別： (1)男  (2)女
- \*7. 目前之居住狀況： (1)獨居  (2)固定與他人同住  (3)輪流與他人同住  (4)其他\_\_\_\_\_
- \*8. 通訊地址：\_\_\_\_\_縣/市\_\_\_\_\_市/鄉/鎮\_\_\_\_\_區\_\_\_\_\_村/里\_\_\_\_\_鄰  
 \_\_\_\_\_路/街\_\_\_\_\_段\_\_\_\_\_巷\_\_\_\_\_弄\_\_\_\_\_號\_\_\_\_\_樓
9. 戶籍地址： 同上\_\_\_\_\_縣/市\_\_\_\_\_市/鄉/鎮\_\_\_\_\_區\_\_\_\_\_村/里\_\_\_\_\_鄰  
 \_\_\_\_\_路/街\_\_\_\_\_段\_\_\_\_\_巷\_\_\_\_\_弄\_\_\_\_\_號\_\_\_\_\_樓
10. 常用語言： (1)國語  (2)台語  (3)客家語  (4)原住民語\_\_\_\_\_  (5)其他\_\_\_\_\_
11. 目前是否領有身心障礙者手冊： (1)否  (2)是，障別：\_\_\_\_\_
- 障礙程度： (1)極重度  (2)重度  (3)中度  (4)輕度
12. 社會福利身分別： (1)一般戶老人  (2)中低收入老人  (3)低收入戶老人  
 (4)一般戶身心障礙者  (5)中低收入身心障礙者  
 (6)低收入戶身心障礙者  (7)其他\_\_\_\_\_
13. 目前是否領有政府提供之其它照顧補助費用： (1)否  (2)是\_\_\_\_\_
14. 目前是否就業中： (1)是  (2)否 →  有就業意願  無就業意願
15. 目前是否住在機構： (1)否  (2)是，\_\_\_\_\_
16. 目前是否在最近三個月內有住院（含急診經驗）：  
 (1)否  (2)是，住院原因：\_\_\_\_\_
17. 目前是否聘請看護幫忙照顧：  
 (1)否  (2)是 ( 17a.本籍  17b.外籍)  (3)申請中( 17c.本籍  17d.外籍)
18. 是否罹患疾病： (1)否  (2)是，疾病名稱：\_\_\_\_\_
19. 目前已使用的照顧服務：  
 (1)居家服務  (2)低收公費安置  (3)緊急救援連線系統  (4)輔具補助
20. 在沒有人或工具幫助的情形下，需要服務者無法完成下列哪些活動：  
 (1)吃飯  (2)上/下床  (3)室內/外走動  (4)穿衣服  (5)洗澡  (6)上廁所
21. 欲申請服務種類：  
 1. 居家服務  2. 日間照顧  3. 居家喘息服務  4. 機構喘息服務  
 5. 居家護理  6. 老人營養餐飲服務  7. 交通接送服務  8. 機構服務  
 9. 居家職能治療  10. 居家物理治療  11. 社區職能治療  12. 社區物理治療  
 13. 輔具購買、租借及居家無障礙環境改善  14. 密集性照護（外籍看護工）  
 15. 其他\_\_\_\_\_

**\*二、代理人基本資料**

- 1.姓名：\_\_\_\_\_ 2.國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_
- 3.電話：(H) \_\_\_\_\_ (O) \_\_\_\_\_ 手機\_\_\_\_\_
- 4.與需要服務者的關係或身分：\_\_\_\_\_
- 5.通訊地址：\_\_\_\_\_縣/市\_\_\_\_\_市/鄉/鎮\_\_\_\_\_區\_\_\_\_\_村/里\_\_\_\_\_鄰  
 \_\_\_\_\_路/街\_\_\_\_\_段\_\_\_\_\_巷\_\_\_\_\_弄\_\_\_\_\_號\_\_\_\_\_樓

**\*三、主要聯絡人資料**

- 1.姓名：\_\_\_\_\_
- 2.電話：(H) \_\_\_\_\_ (O) \_\_\_\_\_ 手機\_\_\_\_\_
- 3.與需要服務者的關係或身分：\_\_\_\_\_
- 4.通訊地址：\_\_\_\_\_縣/市\_\_\_\_\_市/鄉/鎮\_\_\_\_\_區\_\_\_\_\_村/里\_\_\_\_\_鄰  
 \_\_\_\_\_路/街\_\_\_\_\_段\_\_\_\_\_巷\_\_\_\_\_弄\_\_\_\_\_號\_\_\_\_\_樓

◎最後煩請您再詳細檢視上述所填之資料是否完全屬實；如經查證以詐欺或其他不正當行為或虛偽之證明申請補助費用者，應負一切法律責任，並返還已支付之服務補助經費。

申請人（或代理人）簽名：\_\_\_\_\_

受理申請單位：  
電話：  
備註：

承辦人：  
傳真：

◎本申請書請詳細填寫，並備齊戶口名簿影本或身分證影本及身心障礙手冊影本後，再以傳真或郵寄至高雄縣長期照顧管理中心（地址：814 仁武鄉文武村文南街1號2樓  
傳真：07-3732940 電話：07-3732935、3737013）

以下由長照中心填寫

是否符合收案條件： 1. 符合  
 2. 不符合，原因：\_\_\_\_\_

3. 其他

照顧管理專員：

日期：