

編號：

### 宜蘭縣身心障礙者臨時及短期照顧服務異動申請表

一、 申請人(照顧者)資料：

申請人姓名		電話		與身障者關係	
-------	--	----	--	--------	--

二、 被照顧者(身心障礙者)資料：

身障者姓名		生日		身份證號	
電話		地址			
原申請核定時數	自 年__月__日__時 分至 年__月__日__時 分止，共計__日__時				
新申請時數	自 年__月__日__時 分至 年__月__日__時 分止，共計__日__時				
異動原因	<input type="checkbox"/> 放棄服務 <input type="checkbox"/> 改動服務時間 <input type="checkbox"/> 其它：				

三、 機構填註：

填表日期		家訪時間		個案本年度累計		日 時
個案來源	<input type="checkbox"/> 經他人介紹 <input type="checkbox"/> 其他機構轉介 <input type="checkbox"/> 自行求助 <input type="checkbox"/> 其他：社區					
單位名稱		電話		傳真		
填表人		備註				

四、 長期照護管理所審核調查意見：

受理異動日期： 年\_\_月\_\_日

核定時數		自 年__月__日__時 分至 年__月__日__時 分止，共計__日__時
審核意見		
承辦人	督導	技正
	秘書	副局長
		局長

※ 填畢後請寄送或傳真至宜蘭縣長期照護管理所 傳真專線：(03) 9313277  
 洽詢電話：(03) 9359990 地址：宜蘭市聖後街141號(宜蘭衛生局長照所) 謝謝您！