

115 年度居家照顧服務費用補助申請表

個案編號：

申請日期：

申請單位									
單位名稱			電子信箱						
申請人員		連絡電話		傳真					
聯絡地址									
居家服務單位									
單位名稱			電子信箱						
居服督導員		連絡電話		傳真					
聯絡地址									
個案基本資料									
姓名	身分證字號		生日		年	月	日	性別	
聯絡電話	地址								
年齡	習慣用語	學歷		職業					
緊急聯絡人	姓名：電話：					關係			
居住狀況	住屋類型： ☐ 公寓 ☐ 大廈 ☐ 平房 ☐ 透天厝 ☐ 鐵皮屋 ☐ 其他_____								
	所有權： ☐ 自有 ☐ 租用 ☐ 借住 ☐ 其他_____								
	居住環境： ☐ 舒適 ☐ 中等 ☐ 不良(說明：_____)								
家庭狀況	☐ 三代同堂(含以上) ☐ 小家庭 ☐ 單親 ☐ 隔代家庭 ☐ 同居家庭 ☐ 獨居 ☐ 其他_____								
	家庭成員：								
	稱謂	姓名	出生日期	健康狀況	就業/就學情形	每月收入	往來頻率		

社會互動	福利身分別： ☐ 一般戶 ☐ 中低收入戶 ☐ 低收入戶_____款 ☐ 身心障礙：第_____類_____度 ☐ 榮民/眷 ☐ 其他_____	
	人際交往：	鄰里關係：
	生活範圍：	交通使用：
案主概況	溝通能力：	情緒行為型態：
	特殊複雜照護需要：	家庭支持：
	認知功能：	主要照顧者壓力：
	(含身心狀態、家庭關係、經濟狀況、居住情形、社會資源等)	
家系生態圖	*請標明共同居住成員及加入社會支持網絡。	
需求概況描述	長照需要等級：_____；長照給付額度：_____元；部分負擔比率_____％ 實際使用額度(即居服自付費用)：_____元 服務項目與內容：_____	
	其他需求：營養品_____尿布_____其他_____	
全戶收支情形	收入： ☐ 勞退金_____元/月； ☐ 子女奉養_____元/月； ☐ 工作收入_____元/月； ☐ 老年年金_____元/月； ☐ 身障補助_____元/月； ☐ 其他補助_____元/月	
	支出：生活費(含伙食和交通)：_____元/月；水費/電費：_____元/期； 瓦斯費：_____元/期；電話費：_____元/月；房貸/房租：_____元/月； 學費：_____元/月；健保/勞保：_____元/月；醫療費：_____元/月； 其他費用：_____	

必 備 文 件

一、正本部分：

- ☐ 本會官網「115年居家照顧服務費用補助申請表」及「個案切結書」各1份。
- ☐ 個案全戶（共同居住成員）3個月內戶籍謄本 1 份。**(記事欄不可省略)**
- ☐ 個案全戶（共同居住成員）3個月內申請之最新年度綜合所得清單 1 份。
- ☐ 個案全戶（共同居住成員）3個月內申請之最新年度財產清單 1 份。

二、影本部分：

- ☐ 申請個案身分證正反面 1 份。
- ☐ 請出具最近一期的水、電、瓦斯費繳費證明。
- ☐ 照顧計畫 1 份(含個案姓名、長照需要等級、身分別、核定額度及服務項目次數，並加蓋申請單位全銜章與申請人員職章)。
- ☐ 居服單位設立許可證書、存摺、發票影本。

其 他 相 關 證 明 文 件 (如未具該身份者則免附)

- ☐ 低收入戶、中低收入戶證明影本及特殊境遇家庭公文影本1份。
- ☐ 身心障礙證明影本1份。
- ☐ 醫院診斷證明書影本1份。
- ☐ 重大傷病卡影本1份。
- ☐ 其他必要之有效文件影本 1 份。

核 章	申請單位 主管		申請單位 申請人員		填表日期	年 月 日
--------	------------	--	--------------	--	------	-----------------

個案切結書

因個人資料保護法實施，針對相關單位轉介民眾申請本會各項補助業務，其檢附之相關資料運用，特訂定此切結書。用意在保護個案及本會雙方之權益，敬請受助個案於下方切結處核章，同意本會辦理後續補助相關事宜，若不接受本切結書規範之內容，本會將原件退回，歉難受理。

本人_____ (個案) 委由 _____ (申請單位) 向財團法人臺北市林芳瑾社會福利慈善事業基金會 (以下簡稱基金會) 申請 居家照顧服務費用補助業務。

1. 授權本人個人資料予基金會進行必要之相關查核，並同意基金會運用本人提供之個人資料，向第三方就補助業務相關資料進行查證。
2. 本人檢附之證明與文件均屬事實，如因不實致基金會後續衍生相關損害，本人願負一切法律及損害賠償責任。
3. 本人已瞭解基金會補助業務相關規定與說明，並同意個人申請表原件留存於基金會作為公務使用。
4. 本人授權個人與家庭情形、申請協助狀況描述等予基金會進行相關成果展現。
5. 依據「財團法人法」第 25 條規定，基金會須公開受補助者的姓名及補助金額，但以書面表示反對其資訊被公開者，可不予公開，不影響申請權益，惟未勾選者則依法公開。

請勾選(必填)： ☐ 公開 ☐ 不公開

本 人：_____ (核章) 法定代理人：_____ (核章)

申請單位：_____ (核章) 申請人員：_____ (核章)

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

115 年居家照顧服務費用紀錄表

114.10.27 修訂

(單位全銜)

115 年____月

個案姓名：_____

區域：_____市/_____區

服務明細表

日期	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16																												
請打 V																																												
日期	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	共計(天)																												
請打 V																																												
部分負擔	%			CMS等級			第_____級			長照給付額度				每月_____元																														
自付額	林芳瑾慈善基金會每月補助上限_____元。																																											
	填寫方式：當月全部實際服務項目																																											
	服務編號									原價	部分負擔	使用次數	小計																															
	例如：BA02基本日常照顧									195	31	22	682																															
	BA07協助沐浴及洗頭									325	52	23	1196																															
	合計：									1878																																		
總計申請補助金額：_____元。																																												
(若合計金額超過基金會每月補助上限金額，則總計申請補助金額為基金會每月補助上限金額。)																																												

服務月紀錄：(不可空白且須每月更新個案概況，包含個案生心理變化、家庭/社會支持關係等狀況。)

居服督導員：

(核章)

填表日期：