財團法人 臺北市
林芳瑾社會福利慈善事業基金會
Linfangjin Charitable Foundation

115.09.30 修訂

116 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

<table>
<tr><td rowspan="3">社會互動</td><td colspan="2">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_____</td></tr>
<tr><td>人際交往：</td><td>鄰里關係：</td></tr>
<tr><td>生活範圍：</td><td>交通使用：</td></tr>
<tr><td rowspan="4">案主概況</td><td>溝通能力：</td><td>情緒行為型態：</td></tr>
<tr><td>特殊複雜照護需要：</td><td>家庭支持：</td></tr>
<tr><td>認知功能：</td><td>主要照顧者壓力：</td></tr>
<tr><td colspan="2">（含身心狀態、家庭關係、經濟狀況、居住情形、社會資源等）</td></tr>
<tr><td>家系生態圖</td><td colspan="2">*請標明共同居住成員及加入社會支持網絡。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">需求概況描述</td><td colspan="2">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：_____</td></tr>
<tr><td colspan="2">其他需求：營養品_____尿布_____其他_____</td></tr>
<tr><td rowspan="2">全戶收支情形</td><td colspan="2">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</td></tr>
<tr><td colspan="2">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：_____</td></tr>
</table>

必 備 文 件

一、正本：

☐ 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：

☐ 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

財團法人 臺北市
林芳瑾社會福利慈善事業基金會
Linfangjin Charitable Foundation

114.10.27 修訂

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

115.09.30 修訂

116 年居家照顧服務費用紀錄表

(單位全銜)

116 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：