

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: <input type="checkbox"/> 公寓 <input type="checkbox"/> 大廈 <input type="checkbox"/> 平房 <input type="checkbox"/> 透天厝 <input type="checkbox"/> 鐵皮屋 <input type="checkbox"/> 其他 _____						
	所有權: <input type="checkbox"/> 自有 <input type="checkbox"/> 租用 <input type="checkbox"/> 借住 <input type="checkbox"/> 其他 _____						
	居住環境: <input type="checkbox"/> 舒適 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 不良(說明: _____)						
	<input type="checkbox"/> 三代同堂(含以上) <input type="checkbox"/> 小家庭 <input type="checkbox"/> 單親 <input type="checkbox"/> 隔代家庭 <input type="checkbox"/> 同居家庭 <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 其他						
家庭狀況	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	<p>福利身分別：<input type="checkbox"/>一般戶 <input type="checkbox"/>中低收入戶 <input type="checkbox"/>低收入戶 _____ 款 <input type="checkbox"/>身心障礙：第 _____ 類 度 <input type="checkbox"/>榮民/眷 <input type="checkbox"/>其他 _____</p> <p>人際交往：</p> <p>生活範圍：</p>
案主概況	<p>溝通能力：</p> <p>特殊複雜照護需要：</p> <p>認知功能：</p> <p>(含身心狀態、家庭關係、經濟狀況、居住情形、社會資源等)</p>
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	<p>長照需要等級：_____；長照給付額度：_____元；部分負擔比率_____%</p> <p>實際使用額度(即居服自付費用)：_____元</p> <p>服務項目與內容：_____</p> <p>其他需求：營養品_____ 尿布_____ 其他_____</p>
全戶收支情形	<p>收入：<input type="checkbox"/>勞退金_____元/月；<input type="checkbox"/>子女奉養_____元/月；<input type="checkbox"/>工作收入_____元/月； <input type="checkbox"/>老年年金_____元/月；<input type="checkbox"/>身障補助_____元/月；<input type="checkbox"/>其他補助_____元/月</p> <p>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：_____</p>

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 查	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				

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：