

花蓮縣衛生局居家失能個案家庭醫師照護服務

特約申請表

111年12月15日修訂

單位名稱		申請日期	民國 年 月 日
負責人/職稱	(請蓋章)	聯絡電話	市話： 手機：
承辦人/職稱	(請蓋章)	聯絡電話	市話： 手機：
機構代碼		傳真電話	
統一編號		電子信箱	
單位地址			
服務範圍			
申請單位 印信			
申請應備文件	☐ 1. 醫療機構開業執照等證明文件影本。 ☐ 2. 統一編號證明文件。 ☐ 3. 醫師執業執照及專科醫師證書影印本。 ☐ 4. 護理師執業執照影印本。 ☐ 5. 長照服務人員證明影印本(醫師、護理師)。 ☐ 有，____人。 ☐ 無，____人，6個月內補送。 ☐ 6. 居家失能個案家庭醫師照護服務特約單位服務人員名冊。 ☐ 7. 居家失能個案家庭醫師照護服務提供單位照管資訊系統管理人員申請表。 ☐ 8. 加入健保署「居家醫療照護整合計畫」或「家庭醫師整合性照護計畫」佐證文件影本。 ☐ 有。 ☐ 無，6個月內補送。 ☐ 9. 執行「預立醫療照護諮商與預立醫療決定」宣導之資格：諮商訓練課程證明影本(醫師時數4小時、護理師時數6小時)。 ☐ 有，____人。 ☐ 無，____人，6個月內補送。 ☐ 10. 方案服務同意書。 ☐ 11. 特約服務契約書一式二份。 (以上資料影印本都須加蓋與"與正本相符章")		

花蓮縣衛生局居家失能個案家庭醫師照護服務特約審查表

申請單位		
附件資料	以下檢送文件由審查人員確認 ☐1. 醫療機構開業執照等證明文件影本。 ☐2. 統一編號證明文件。 ☐3. 醫師執業執照及專科醫師證書影印本。 ☐4. 護理師執業執照影印本。 ☐5. 長照服務人員證明影印本(醫師、護理師)。 ☐有，____人。 ☐無，____人，6個月內補送。 ☐6. 居家失能個案家庭醫師照護服務特約單位服務人員名冊。 ☐7. 居家失能個案家庭醫師照護服務提供單位照管資訊系統管理人員申請表。 ☐8. 加入健保署「居家醫療照護整合計畫」或「家庭醫師整合性照護計畫」佐證文件影本。 ☐有。 ☐無，6個月內補送。 ☐9. 執行「預立醫療照護諮商與預立醫療決定」宣導之資格：諮商訓練課程證明影本(醫師時數4小時、護理師時數6小時)。 ☐有，____人。 ☐無，____人，6個月內補送。 ☐10. 方案服務同意書。 ☐11. 特約服務契約書一式二份。	
審查重點		機關審查結果
申請單位所應附文件是否齊全？	☐ 是	☐ 否，需補件
申請單位所應附文件是否均符合規定？	☐ 符合	☐ 不符合
審查人員/主管核章		