**依長期照顧服務機構設立許可及管理辦法第三十五條轉為長期照顧服務機構申請書**(註1)

|  |
| --- |
| 申請日期： 年 月 日 |
| 原單位(機構)基本資料 |
| 原單位(機構)名稱 |  | 服務規模 |  人 |
| 核准(設立)日期文號 |  年 月 日 字第 號 |
| 轉型後機構基本資料 |
| 機構名稱(註2) |  | 負責人(註3) |  |
| 機構性質 | □公立機構 □財團法人附設機構 □社團法人附設機構 □團體附設機構 □個人設立機構 |
| 機構地址 |  | 電話 | ( ) |
| 傳真 | ( ) |
| 電子郵件 |  |
| 申請人 | 屬性 | □政府機關： □法人： □團體： □個人 | 統一編號(個人設立者免填) |  |
| 姓名(註4) |  | 國民身分證統一編號 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出生日期 | 年 月 日 | 性 別 | □男 □女 | 最近半年相片貼處(註5) |
| 戶籍地址 |  |
| 通訊地址 |  |
| 長期照顧服務內容 | 服務類型 | 服務項目 |
| 社區式 | □日間照顧 | □失能者服務 人 □失智者服務 人□失能、失智混合服務 人 |
| □家庭托顧\_\_ 人 |
| □小規模多機能 | □失能者服務 人 □失智者服務 人□失能、失智混合服務 人 |
| □臨時住宿 床 |
| □團體家屋 單元 人 |
| 檢附文件 | 一式四份，詳如附表(註6) |
| 備註 |  |

 申請人姓名：　　　　　 　　　簽蓋章

註1：本表適用對象為長期照顧服務機構設立許可及管理辦理第35條第1項所定，於長期照顧服務法106年6月3日施行前，已提供該法第9條社區式長期照顧服務之機關（構）、法人、團體、合作社或事務所。

註2：長期照顧服務機構名稱訂定原則如下：

 以自然人為申請人者，其名稱為：(○○縣/市)+私立+ ○○+居家長照機構/社區長照機構/住宿長照機構/綜合長照機構

 以法人或團體為申請人者，其名稱為：法人或團體名稱+(附設)+(○○縣/市)+私立+○○居家長照機構/社區長照機構/住宿長照機構/綜合長照機構

 (註：若法人或團體設立一個以上同類型之長照機構，須加註特取名稱)

 以直轄市、縣市政府及其他政府機關/構(例如:本部醫院、公立醫院、公立學校等)為申請人者，其名稱為：政府機關/構名稱+(附設)+ 居家長照機構/社區長照機構/住宿長照機構/綜合長照機構

註3：長期照顧服務機構之負責人如下：

公立機構、個人設立、團體附設：申請人。

財團法人附設、社團法人附設：法人之代表人。

註4：以政府機關、(公)法人或團體為申請人者，請填該政府機關、(公)法人或團體之代表人。

註5：適用申請家庭托顧服務者。

註6：主管機關得視需要，命申請人就所附文件、資料繳驗其正本。

註7：主管機關就本申請書內容，得依實際作業需要，自行調整運用。

**附表：依長期照顧服務機構設立許可及管理辦法第三十五條轉為長期照顧服務機構之設立許可應備文件、資料**

| 機構類型 | 文件、資料 | 載明細目 | 備註 |
| --- | --- | --- | --- |
| 社區式服務類長期照顧服務機構設立許可 | 一、機構名稱、地址、收費基準、服務契約、服務規模及負責人姓名、戶籍與通訊地址、國民身分證正反面影本 | - | - |
| 二、負責人無長期照顧服務機構設立許可及管理辦法第五條各款規定之切結書正本 | - | (書表編號02)正本至少1份，餘3份得以影本取代。 |
| 三、負責人之警察刑事紀錄證明影本 | - | - |
| 四、法人登記或團體立案證書影本 | - | 申請人為法人或團體者，始須檢附第四項及第五項文件 |
| 五、章程影本 | 章程應載明辦理長期照顧服務 |
| 六、直轄市、縣(市)主管機關同意辦理之有效證明文件影本 | - | - |
| 七、建築物公共安全檢查簽證及申報辦法所定期限內申報取得之查核合格或改善完竣證明文件影本 | - | 建築物取得使用執照後，經當地主管建築機關通知首次檢查及申報期間為申請設立許可日以後，並取得證明文件者，得以該證明文件替代之。 |
| 八、最近一次消防安全設備檢修申報證明文件影本 | - | - |
| 九、組織架構、主管與工作人員人數、工作項目及工作人員名冊、證照與其身分證明文件影本 | - | 左列文件，應含業務負責人無長期照顧服務機構設立標準第九條第一項各款規定之切結書(書表編號03)，及其警察刑事紀錄證明。 |
| 十、設施、設備之項目 | - | 應符合長期照顧服務機構設立標準之規定。 |
| 十一、投保公共意外責任保險之保險單影本 | - | - |
| 十二、其他直轄市、縣(市)主管機關規定之文件、資料 | - | - |