宜蘭縣長期照護服務管理所

居家失能個案家庭醫師照護方案

特約申請表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 單位名稱  (全銜) |  | 申請日期 | 年 月 日 |
| 負責人/職稱 |  | 聯絡電話 | 市話:  手機: |
| 承辦人/職稱 |  | 聯絡電話 | 市話:  手機: |
| 單位地址 |  | 傳真電話 |  |
| 開業執照字號 |  | 電子信箱 |  |
| 機構代碼 |  | 統一信箱 |  |
| 服務範圍 |  | | |

特約申請應備文件一覽表與注意事項

(以下資料影印本都須加蓋與"與正本相符章")

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 單位自審 | | 審查人員確認 |
| 1.醫療機構開業執照等證明 文件影本。 |  | □符合  □需補正 |
| 2.統一編號證明文件。 |  | □符合  □需補正 |
| 3.醫師執業執照及專科醫師證書影印本。 |  | □符合  □需補正 |
| 4.護理師執業執照及執業登記證明影印本。 |  | □符合  □需補正 |
| 5.長照服務人員證明影印本(醫師、護理師)。 | □有  □無，6個月內補送 | □符合  □需補正 |
| 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 |  | □符合  □需補正 |
| 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。 |  | □符合  □需補正 |
| 8.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」簽約證明文件影本。 | □有  □無，6個月內補送 | □符合  □需補正 |
| 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  □無，6個月內補送 | □符合  □需補正 |
| 10.特約服務契約書一式四份。 |  | □符合  □需補正 |
| 11.存摺影本一式 |  | □符合  □需補正 |
| **審查重點** | **機關審查結果** | |
| 申請單位所應附文件是否全？ | □是 | □否 |
| 申請單位所應附文件是否均符合規定？ | □是 | □否 |
| 審查人員/主管核章 |  | |