112年11月修訂

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請人  姓名 |  | 身分證字號 | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 申請人  連絡電話 | 日： | **申請人**通訊地址： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手機： | **被看護者**現居地址： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被看護者  姓名 |  | 身分證字號 | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 被看護者  生日 | 年 月 日 | | 與申請人關係 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 檢附文件 | * 1.申請人及被看護者身分證正反面影本 * 2.相關病症之診斷證明書或就診紀錄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **近6個月內**  是否曾於本縣評估醫療機構就診 | □否  □是： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **備註:**   1. 醫療機構或家庭醫師原則為被看護者接受其診察一定期間，始得受理其進行專業進行專業評估。 2. 收費項目： 3. 出診訪視費：上限2000元(含1名醫師及1名醫事/社工人員) 4. 評估鑑定費：上限1000元(含病症暨失能診斷證明書開立及郵寄費用) 5. 交通費：依南投縣計程車運價(來回一趟)   ●**以上費用均需民眾自付，如經到宅專業評估結果未達申請外籍看護工標準者，恕無法退還。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

申請人簽名：

身分證字號：

申請日期：中華民國　　 年　　月　　日