

# 嘉義市長期照顧管理中心特約居家失能個案家庭醫師照護服務申請書

申請日期： 年 月 日

機構名稱			
機構地址			
醫事機構代碼		統一編號	
負責人姓名		承辦人姓名	
公告電話		傳真電話	
公務信箱		健保分區業務組別 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 臺北業務組 <input type="checkbox"/> 北區業務組 <input type="checkbox"/> 中區業務組 <input type="checkbox"/> 南區業務組 <input type="checkbox"/> 高屏業務組 <input type="checkbox"/> 東區業務組
印信(單位大章及負責人小章)	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px dashed gray; border-radius: 10px; padding: 5px; text-align: center;">小印</div> <div style="border: 1px dashed gray; border-radius: 10px; padding: 10px; text-align: center; font-size: 2em;">大印</div> </div>		
應備文件			
單位自審	嘉義市長期照顧管理中心審核		
1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. 機構設立許可證明(以下擇一,延續特約單位免附,如資料異動請檢附) <input type="checkbox"/> 開業執照(醫事機構、護理機構)影本。 <input type="checkbox"/> 機構設立許可影本。 <input type="checkbox"/> 醫療法人(捐助章程或章程、立案證書、負責人當選)證書影本。	

2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>2. 參與衛生福利部中央健保署下列計畫(至少需有一項)，若尚未參與，應於 6 個月內加入二項計畫其中之一：</p> <p><input type="checkbox"/> 「居家醫療照護整合計畫」 <input type="checkbox"/> 「家庭醫師整合性照護計畫」</p> <p>※檢附相關文件之影本</p>
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>(1)長照人力清冊(請如下依序放置相關證明之影本)</p> <p>A. 醫事人員證書及執業執照影本。</p> <p>B. 長照人員認證影本(個案管理師適用)。</p> <p>C. 醫師完成本部「長期照顧專業人員數位學習平臺」上的醫師意見書訓練課程及跨專業合作議題之證明影本(線上或實體)。</p> <p>D. 預立醫療照護諮商訓練課程證明(訓練時數：醫師為 4 小時；個案管理師/護理人員為 6 小時)，尚未取得資格者，須於契約成立起 6 個月內完成(未取得資格者，<u>至遲於 年 月 日前完成</u>)。</p> <p>E. 護理人員(個案管理師)為<input type="checkbox"/>特約機構自聘<input type="checkbox"/>報備支援之方式與居家護理所合作，檢附相關資料證明。</p>
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>醫療院所與居護所共同合作者</p> <p><input type="checkbox"/> 居護所訂定合作契約，檢附相關契約</p> <p>合作之居護：_____</p> <p>居家護理所或居家呼吸照護所</p> <p><input type="checkbox"/> 與醫師訂定合作契約，檢附相關契約</p> <p>合作之醫師：_____</p> <p>※醫療院所與居護所共同合作者，需檢附居護所相關人力清冊資料</p>

		※居護所/居家呼吸照護所與醫師共同合作者，需檢附醫師人力清冊資料	
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 檢附「居家失能個案家庭醫師照顧服務管理資訊平臺申請書」 ，勾選使用者角色，原則上依履約項目授予系統權限。  <input type="checkbox"/> 變更服務項目權限、變更系統人員資料。	
嘉義市長期 照顧管理中 心審核填寫 (申請單位 免填)	審查結果 (第一次)	<input type="checkbox"/> 通過。  <input type="checkbox"/> 資料不完整，尚缺資料：  <input type="checkbox"/> 其他：	審查人員/  主管核章
	審查結果 (第二次)	<input type="checkbox"/> 通過。  <input type="checkbox"/> 不通過，原因：	審查人員/  主管核章

居家失能個案家庭醫師  
照顧服務管理資訊平臺申請書

基本資料

主管機關：嘉義市長期照顧管理中心		
機構名稱：		
設立地址：		
帳號：  【※提醒：若特約單位同時為B單位，帳號不得與B單位相同】	中文姓名：	
密碼：  【※提醒：密碼設置需8碼以上，同時包含英文大小寫、數字及特殊符號(!#\$%&.?）。】	狀態： <input checked="" type="checkbox"/> 啟用	
身分證號：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
連絡電話：		
取得「預立醫療照護諮商人員資格」： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否(完成者方可推動說明「預立醫療照護諮商(ACP)」及「預立醫療決定(AD)」)		
預立醫療照護諮商訓練課程：結業証號：_____		
發證日期：        年        月        日		
電子信箱：		
使用者角色： <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 個案管理人員(若醫師兼任個管人員，此權限亦需勾選) <input type="checkbox"/> 核銷人員(系統申報服務費用之權限)		

補充1：一位特約人員需開一個系統帳號，請各自檢附一張「居家失能個案家庭醫師照顧服務管理資訊平臺申請書」。

補充2：特約完成後，特約人立有異動，請來文報備本局。

機構負責  
人用印

機構用印