

填表日期：中華民國 年 月 日

115 年度南投縣醫事機構設置 C 級巷弄長照站申請表

醫事機構名稱 (機構全銜)				核准機關 日期文號			
機構地址	(詳列鄉鎮市區村里鄰)			統一編號			
負責人姓名		職稱		據點 連絡人 姓名		電話/ 手機	

申請單位聲明：

本次申請補助案件之申請書及所有檢附資料均據實填報，如有虛偽，一經查獲，願無條件如數繳回補助款項，並負擔法律上一切責任。

單位關防

申請機構負責人：(簽章)

中華民國 年 月 日

(申請單位用印、負責人簽章)

計畫名稱	長期照顧十年計畫 2.0—115 年度社區整體照顧服務體系 C 單位		預定完成日期	115 年 12 月 31 日
計畫內容概要	每週開放時段(每時段至少 3 小時，每半天以 1 個時段計，並辦理共餐服務) ☐ 2 至 5 個時段 ☐ 6 至 9 個時段 ☐ 10 個時段以上 一、社會參與： 二、健康促進： 三、共餐服務： 四、預防及延緩失能服務： 五、電話問安： 六、關懷訪視： 七、社區式喘息服務(臨時托顧)： 八、其他：			
預期效益	(請具體列出各項服務之目標值，如服務人數、人次) 一、社會參與：每年提供____位長者、____人次以上服務。 二、健康促進：每年提供____位長者、____人次以上服務。 三、共餐服務：每年可提供____位長者，共____人次服務。 四、預防及延緩失能服務：每年辦理____期，提供____位長者，共____人次以上服務。 五、電話問安：每年可提供____位長者，共____人次服務。 六、關懷訪視：每年可提供____位長者，共____人次服務。 七、社區式喘息服務(GA07)：每月可提供____位失能者 GA07 喘息服務，每年服務量達____人、____人次。 八、其他：			
鄉鎮市村里別			站別名稱	
據點地址			場地坪數 (平方公尺)	
申請衛生福利部獎助經費			(單位：新臺幣元)	