**嘉義市長期照顧管理中心 住宿式服務機構使用者補助方案**

**機構代送清冊**

 **申請日期: 年 月 日**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 編號 | 姓名 | 申請對象 | 申請資格 | 入住期間 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

代送單位: (印)

代送人:

身分證字號：

電話:

**※請檢附以下文件:**

* 使用機構者身分證(請黏貼)
* 申請人身分證(申請人若為機構簽約人時則需附並請黏貼)
* 入住機構契約書(可確認入住機構、住民、簽約人、入住期間、簽約日期等資訊之部分，不須提供整份契約書)
* 繳費收據
* 申請人(或使用機構者)本人存摺
* 縣市政府通知付費函(依兒童及少年福利與權益保障法委託安置者)

□長照需要等級核定函或身心障礙證明申請人身分證

* 代送人身分證明文件影本(正反)一份

**※備註:**

1.申請對象(二擇一):既有住民 、中重度失能、核實支付者

2.申請資格(三擇一): cms未達4級以上且無中重度身心障礙證明、cms達4級以上、中重度身心障礙證明

3.入住期間(二擇一):180天、○月○日-○月○日及○月○日-○月○日，共計○1/2日曆天之月份。