

臺中市高照顧負荷創新服務方案-照顧服務體驗異動通報表

照顧服務體驗 服務使用者異 動通報單	服務 提供 單位	體驗對象姓名		身分證字號		
		日間 服務 體驗	☐ 社區式日間照顧服務 ☐ 社區日間作業設施 ☐ 身心障礙福利機構(日間式服務) 服務提供單位：_____ 異動原因說明：_____ 於____年____月____日結束體驗服務。 日期：____年____月____日			
		夜間 服務 體驗	☐ 社區居住服務 服務提供單位：_____ 異動原因說明：_____ 於____年____月____日結束體驗服務。 日期：____年____月____日			
		承辦人核章		主管核章		

聯絡電話:(04)2228-9111#37361 臺中市政府社會局身心障礙福利科徐小姐，
 傳真:(04)2229-1807，信箱:tccgw6093@taichung.gov.tw