附件2

**臺中市高照顧負荷創新服務方案-申請案件回覆表(服務單位填寫)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申請案件處理回覆** | **服****務****提****供****單****位****評****估** | 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)受理轉介單位:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿受理結果:□受理轉介，預計＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日開始體驗服務。□無法受理轉介，原因:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ |
| 承辦人核章 |  | 業務主管核章 |  |
| 夜間服務體驗 | □社區居住服務受理轉介單位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿□身心障礙福利機構(日間式服務)受理轉介單位:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_受理結果:□受理轉介，預計＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日開始體驗服務。□無法受理轉介，原因:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ |
| 承辦人核章 |  | 業務主管核章 |  |

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