附件3

**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