附件3、罕見疾病照護服務通知書

□不同意

□中止服務

本人:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(身分字號：　　　　　　　　)，

□不同意接受罕見疾病照護服務，

□中止罕見疾病照護服務，自 　年 　 月 　日起中止。

不同意/中止服務原因:

□暫時不需要罕見疾病照護服務，於需要時將再提出服務申請

□主要問題獲得解決，已不需要罕見疾病照護服務

□其他:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

此致

臺中榮民總醫院

申請人：　　　　　　　　 簽名:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

法定代理人： （關係：　　 ）簽名：

(申請人無法簽名由法定代理人簽名)

聯絡電話： 　　 手機：

現居地地址：

中華民國 年 月 日

**（說明：中止服務前，建議先與個案管理師討論。服務中止後，如有需求，可再重新申請繼續本服務）**

112-114年-113年後續擴充，照護服務機構:

台北區: 國立臺灣大學醫學院附設醫院、臺北榮民總醫院、台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕兒童醫院

北 區: 中國醫藥大學附設醫院、長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院

中 區: 中國醫藥大學附設醫院、財團法人彰化基督教醫院

南 區: 奇美醫療財團法人奇美醫院、國立成功大學醫學院附設醫院、國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院

高屏區: 長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院 、高雄醫學大學附設中和紀念醫院

東 區: 佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院

**﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍**

**（以下由照護服務機構/團體填寫）**

收件人： 收件日期： 年 　 月 　 日