

附件 3、罕見疾病照護服務 ☐不同意 ☐中止服務 通知書

本人：_____（身分證字號：_____）

☐不同意接受罕見疾病照護服務。

☐中止服務，自 年 月 日起中止罕見疾病照護服務。

不同意服務或中止服務原因：

☐暫時不需要罕見疾病照護服務，於需要時再提出服務申請。

☐主要問題獲得解決，不需要罕見疾病照護服務。

☐其他：_____

此致

（目前照護服務機構名稱）

申請人：_____ 簽名：_____

或法定代理人：_____（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）

（以下由照護服務機構/團體填寫）

收件人：_____ 收件日期： 年 月 日

（經費由國民健康署運用菸品健康福利捐支應）