

桃園市政府衛生局 115 年度診所轉診至失智共照中心清冊

診所名稱：_____ 轉診共：_____ 案 填表日期：_____

序號	接受轉診醫院	個案姓名	身分證統一編號	居住區域
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

【若表格不敷使用，請自行增列】

附註：

1. 本清冊所填報之案件數，僅作為申請補助之依據之一，非填報即保證全數核予補助。
2. 本局將依失智共同照護中心相關管理系統進行查核，確認疑似失智症個案確實完成轉介並納入共照中心個案管理後，始得核予補助。
3. 補助案件及補助金額，將依本局實際審查結果及年度補助經費額度核定，補助至年度經費用罄為止。

