

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

財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院

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）