

桃園市政府衛生局 B 單位核銷應備文件及注意事項

一、核銷應檢附文件：

(一)、 檢附文件：***序號 1 至序號 6 為正本，皆須蓋單位大小章***

1. 公文 1 份。
2. 各項領據正本 1 式 2 份。(如附件 1)
3. 機構名稱與入帳戶名不一致時，請檢附服務機構匯款切結書。
(如附件 2)
4. 申報總表正本 1 式 2 份。
5. 照顧組合服務費用項目清冊 1 份。
6. A 碼服務清冊 1 份。
7. 「服務民眾確認單」將每月辦理抽查，請貴機構依長期照顧特約管理辦法第 17 條規定自行留存備查，並依函文送達次日起 5 個工作日內以紙本或電子檔繳交，(依序號 5 排序，雙面列印)，俾利本府衛生局抽查，方式如下：
 - (1). 檢送影本 1 份。
 - (2). 上傳電子檔至本局雲端系統 (<https://reurl.cc/WOGrA9>)。
8. 存摺影本 1 份。

(二)、 核銷附件格式 (如附件 1 至附件 3)

二、核銷領據填寫注意事項：

- (一)、 補助款金額請用阿拉伯數字填寫並使用千分位符號，不得有任一空白鍵，例如：新臺幣 108,170 元整。
- (二)、 補助款請領月份，請按照申報總表左下方**本次費用月份**進行填寫。
- (三)、 單張領據，請以本市地方稅務局或其所屬分局，依契據性質開立印花稅大額憑證繳款書繳納印花稅、黏貼千分之四印花稅票或加蓋印花稅總繳章。

印花稅票請黏貼於正面空白處或背面下方 4 分之 3 位置。

(四)、 所得代碼勾選：

1. 依據財政部 108 年 6 月 5 日台財稅字第 10800600810 號函釋略以，地方政府辦理長照十年計畫 2.0，地方政府給付服務單位之款項，如非採檢附費用憑證核實申報者，依服務單位組織型態，所開立之扣（免）繳憑單所得類別及格式代號如下：

- (1). 所得代號 92-88：服務單位為私人辦理之養護、療養院所：依「護理機構分類設置標準」設置之私立護理機構、「老人福利機構設立標準」設立之機構、「精神復健服務機構設置及管理辦法」設置之精神復健機構、「長期照顧服務機構設立許可及管理辦法」設立之長照機構。
- (2). 所得代號 92-87：非（1）點規定設立（置）之其他養護、療養院所。
- (3). 所得代號 9A：服務單位為個人設立之醫院、診所。
- (4). 所得代號 92-8Z：服務單位為所得稅法第 11 條第 2 項或第 4 項規定之營利事業或教育、文化、公益、慈善機關或團體。

2. 如扣繳義務人或服務單位如有相關憑單及所得申報疑義，請逕洽財政部北區國稅局桃園分局，電話：03-3396511。

附件 1

所得代碼	92-88	92-87	9A	92-8Z

桃園市長期照顧服務費用申請領據

專業服務 居家喘息服務 機構喘息服務 陪同就醫

茲收到_____年_____月費用補助款計新臺幣_____元整。

此致

桃園市政府衛生局

機構名稱：_____

統一編號：_____

機構住址：_____

聯絡電話：_____

入帳戶名：_____

入帳金融機構名稱及分行：_____

入帳帳號：_____

機構大小章

印花稅總繳章戳
請蓋此處

製表： 蓋章

單位主管： 蓋章

負責人： 蓋章

出納： 蓋章

會計： 蓋章

中 華 民 國

年

月

日

所得	92-88	92-87	9A	92-8Z
代碼				

桃園市聘僱外籍看護工家庭短期替代照顧服務實施計畫

費用申請領據

居家短照服務

機構住宿式短照服務

茲收到_____年_____月費用補助款計新臺幣_____元整。

此致

桃園市政府衛生局

機構名稱：_____

統一編號：_____

機構住址：_____

聯絡電話：_____

入帳戶名：_____

入帳金融機構名稱及分行：_____

入帳帳號：_____

機構大小章

印花稅總繳章戳
請蓋此處

製表： 蓋章

單位主管： 蓋章

負責人： 蓋章

出納： 蓋章

會計： 蓋章

中 華 民 國

年

月

日

附件 2

服務機構匯款切結書

立切結書人_____，同意桃園市政府衛生局將

長期照顧服務之服務補助費用

聘顧外籍看護工家庭短期替代照顧服務實施計畫費用

直接匯存入立切結書人之金融機構存款帳戶。

金融機構名稱(分行)：_____銀行_____分行

帳 號：_____

入 帳 戶 名：_____

1. 本切結書如有虛偽或糾紛情事，立切結書人願負法律責任，其後果自行負責。
2. 本切結書一經簽認即適用立切結書人在貴局所有款項之給付，立切結書人之匯款帳戶若有變動，或欲改變領款方式，將主動通知貴局，若未事前通知致權益受損，其後果自行負責。

此致

桃園市政府衛生局

立切結書人：_____ (蓋章)

(即機構名稱)

統 一 編 號：_____

負 責 人：_____ (蓋章)

機 構 住 址：_____

聯 絡 電 話：_____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

附件 3

桃園市長期照顧「服務民眾確認單」

服務碼別：CA07 CA08 CB01a CB02 CB03 CB04
CC01 CD02 GA09 GA05 SC09 SC05

個案姓名： 個案身分證： 出生年月日：

性別：男 女 身份別：第一類 第二類 第三類

聯絡人姓名： 聯絡人電話：

居住地址：

機構名稱：

機構承辦人： 機構承辦人電話：

年度 序號	服務開始		服務結束		服務提供 者簽章	個案或家 屬簽章	簽章者與 個案關係
	日期	時間	日期	時間			
1							
2							
3							
4							
5							

(上面欄位請視需求自行增加)

註：提醒個案或家屬於簽名時，請確認服務單位是否已填妥完成服務日期、時間及服務提供者簽章。

本機構已確認登載紀錄之服務人員資格皆符長期照顧服務法相關規定，
如有違反或不實情事者，願負相關法律及契約責任，絕無異議。

機構大小章：