

# 桃園市政府衛生局

## 115年度「提升長照個案使用專業服務」計畫

114年11月5日訂定

### 壹、目的

為鼓勵桃園市（以下簡稱本市）長期照顧個案使用專業服務意願，增進個案及照顧者專業服務知能，提升其自主性及生活品質，以及減輕照顧者負擔及降低照顧支出與成本，特訂定本計畫。

**貳、主辦機關：**桃園市政府衛生局（以下簡稱本府衛生局）。

**參、實施期間：**115年1月1日至12月31日止。

**肆、執行單位：**桃園市長期照顧管理中心

**伍、申請資格：**與本府簽訂特約長期照服務契約書，服務項目為「專業服務」之服務單位。

### 陸、給付對象條件

**一、**本市照顧管理專員/照顧管理督導查詢衛生福利部照顧管理資訊平臺未曾使用專業服務之個案，居住於本市使用**第1次**專業服務部分負擔費用。

**二、**出院準備銜接服務之個案，居住於本市使用**前2次**專業服務部分負擔費用。

**三、**上述2類部分負擔費用皆由本局核撥給提供服務之單位。

**柒、實施方式：**經本市照顧管理專員/照顧管理督導確認符合給付條件後，由社區整合型服務中心（以下稱A單位）個案管理人員及個案共同討論，擬訂使用碼別，由A單位核定專業服務。

**捌、預期效益：**增加民眾使用專業服務意願，提升照顧技巧及減輕照顧負荷，期提升本市之專業服務核定情形達目標數7,380人。

## 玖、附件

一、申請時需檢具以下文件：

(一) 經費申請表（附件1）。

(二) 領據1式2份（附件2）。

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，範例如下：

正確書寫方式	新臺幣 <u>108,170</u> 元整
錯誤書寫方式	新臺幣 <u>108170</u> 元整

(三) 服務機構匯款切結書（附件3），無則不需檢附。

(四) 民眾未付部份負擔/專業服務費用切結書（附件4）。

(五) 存摺影本。

(六) 專業服務民眾確認單（附件5）。

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，並依本府衛生局函文送達次日起5個工作日內  
以紙本或電子檔繳交，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>），若更  
新網址時，本局另行公告。

二、符合資格之申請單位於次月**10日前**備妥以上文件，送本府衛生局辦理  
請款核銷作業。

**壹拾、 經費來源：**本計畫所需經費由本府衛生局115年度相關預算項下支應，  
若經費用罄則公告停止受理。

附件1.

**經費申請表**

編號	姓名	身分證字號	專業服務碼 別 <sup>*1</sup>	長照福利身 分 <sup>*2</sup>	申請補助費 用 <sup>*3</sup>
1					
2					
3					
4					
5					

(可自行增列所需表格)

\*填表說明：

- (一) 專業服務碼別：CA07、CA08、CB01a、CB02、CB03、CB04、CD02。
- (二) 長照身分別：第二類、第三類
- (三) 支援費用：

碼別	第三類	第二類	第一類
CA07、CA08、 CB01a、CB02、 CB03、CB04、 CD02、	240	75	0

註1:依中央最新公告之碼別及身分別規定自行修正附件內容。

所得 代碼	92-88	92-87	9A	92-8Z

附件2

## 桃園市長期照顧專業服務補助計畫費用申請領據

茲收到\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月長期照顧專業服務費用補助款計

新臺幣\_\_\_\_\_元整

此致

桃園市政府衛生局

機構名稱：\_\_\_\_\_

機構大小章

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：\_\_\_\_\_

印花稅總繳章戳  
請蓋此處

製表： 蓋章

單位主管： 蓋章

負責人： 私章

出納： 蓋章

會計： 蓋章

中 華 民 國

年

月

日

註1：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。

註2：補助款請領月份，請照總表上面**本次費用月份**進行填寫。

註3：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。

註4：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5)

註5：本表1式3份，2份送衛生局，1份由申請單位留存。

附件3

## 服務機構匯款切結書

立切結書人（機構名稱）\_\_\_\_\_，同意桃園市政府衛生局將長期照顧服務之專業服務補助費用，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：

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)  
(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4

民眾未支付第1次使用專業服務部份負擔費用切結書

立切結書人（個案/家屬）\_\_\_\_\_，未支付第1次/前2次  
使用專業服務之部分負擔費用予服務提供單位

以上資料均屬實，如有不實，立切結書人負相關法律責任。

此致

桃園市政府衛生局

立切結書人

個案/家屬姓名：\_\_\_\_\_（簽章）

身分證統一編號：

戶籍地址：

連絡電話：

中 華 民 國

年 月 日

## 附件5

### 桃園市長期照顧「服務民眾確認單」

服務碼別： CA07  CA08  CB01a  CB02  CB03  CB04  CD02

個案姓名： 個案身分證： 出生年月日：

性別： 男  女 身份別： 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	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
	序號	日期	時間	日期			
1							

註1：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。

註2：請提供正本，若為影本請蓋與正本相符以茲證明。

註3：依中央最新公告之碼別及身分別規定自行修正附件內容。

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：