**附件1.**

**經費申請表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 編號 | 姓名 | 身分證字號 | 戶籍地 | 專業服務碼別\*1 | 長照福利身分\*2 | 申請補助費用\*3 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |

(可自行增列所需表格)

\*填表說明：

* 1. 專業服務碼別：CA07、CA08、CB01、CB02、CB03、CB04、CD02。
  2. 長照福利身分：一般戶、長照中低收(1.5~2.5倍)
  3. 支援費用：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **碼別** | 一般戶 | 長照中低收(1.5~2.5倍) | 社會救助法低收入戶(未達1倍) |
| CA07、CA08、CB02、CB03、CB04、CD02 | 240 | 75 | 0 |
| CB01 | 160 | 50 | 0 |

**附件2**

**桃園市長期照顧「服務民眾確認單」**

**服務碼別：□ CA07 □ CA08 □ CB01 □ 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：□一般戶 □中低 □低收 | | | | |
| 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 | 時間 | |
| 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**請蓋與正本相符以玆證明。

□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：**

**附件3**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所得代碼 | 92-88 | 92-87 | 9A | 92-8Z |
|  |  |  |  |

**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

佰 拾 萬 仟 佰 拾 元整

機構大小章

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：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

印花稅總繳章戳

請蓋此處

入帳帳號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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**零、壹、貳、參、肆、伍、陸、柒、捌、玖、拾、佰、仟、萬**大寫數目字填寫。

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4**

**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5**

**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次使用專業服務之部分負擔費用予服務提供單\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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