

**桃園市政府衛生局**  
**112年度「提升長照個案使用專業服務」計畫**

112年5月1日訂定

112年9月4日修正

**壹、目的：**

桃園市政府（以下簡稱本府）為提高桃園市（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，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：**112年5月1日至11月30日止。

**肆、執行單位：**桃園市長照管理中心

**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、給付條件：**提供設籍本市長照個案，且未曾使用專業服務者第1次使用專業服務之部分負擔費用，由本局核撥費用給提供服務之單位。

**柒、實施方式：**經本市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、經費核撥：**

一、檢具以下文件：

- (一) 經費申請表(附件1)。
- (二) 專業服務民眾確認單(附件2)。
- (三) 領據(附件3)。

(四) 服務機構匯款切結書(附件4)，無則不需檢附。

(五) 民眾未付部份負擔/專業服務費用切結書(附件5)。

二、符合資格之申請單位於次月10日前備妥以上文件，送本局辦理請款核銷作業。

玖、經費來源：本計畫所需經費由本府衛生局112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	戶籍地	專業服務碼別*2	長照福利身分*3	申請補助費用*4
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)、長照低收(未達1.5倍)、社會救助法低收入戶(未達1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	240	75	0
CB01	160	50	0
CD02	240	75	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 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							

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。

機構大小章：

附件3

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

     百      拾      萬      仟      百      拾      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： \_\_\_\_\_



製表： 蓋章                      單位主管： 蓋章  
出納： 蓋章                      會計： 蓋章                      負責人： 私章

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(案家)\_\_\_\_\_，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