# 桃園市政府衛生局
# 114年度失智症月活動計畫

## 壹、前言

依據國家發展委員會推估，我國 114 年將邁入成為超高齡(super-aged)社會之一員，桃園市人口老化情形與全國有相同的趨勢，截至 114 年 3 月底本市老年人口共 37 萬 8,221 人，占本市人口 16.12%。依研究資料顯示，50 至 64 歲失智症盛行率（ADI, 2015）為 0.1%，及 65 歲以上長者每五歲之失智症盛行率分別為 65~69 歲 2.4%、70~74 歲 5.16%、75~79 歲 9.1%、80~84 歲 16%、85~89 歲 20.04%及 90 歲以上 29.45%（MOHW, 2024），推估本市 50 歲以上失智症者約 2 萬 8,078 人。

而每年 9 月為「國際失智症月」，為響應國際積極關注失智照護及預防延緩議題趨勢，本計畫期藉由本市合約失智共同照護中心（下稱共照中心）及失智社區服務據點（下稱失智據點），辦理失智症月系列活動，普及民眾對失智症之認識，促進其理解與接納失智症者，並強化其對失智症預防延緩重要性之認知與重視。此外，加深加廣前述單位與所在區域之民眾觸及率，期達失智症預防延緩照護資源宣導運用之廣宣效能及提升服務資源之民眾使用率；同時，發掘潛在疑似失智個案，由本市共照中心協助確診評估及轉介，並鼓勵其積極參與失智據點之預防延緩失智相關活動課程。

**貳、申請期程：**即日起至 114 年 7 月 11 日止。

**參、辦理期程：**自核訂日起至 114 年 9 月 30 日止。

## 肆、執行單位及執行場域

本市合約失智共照中心及失智據點於其單位所在地及其他相關單位（如衛生所、地方農會、漁會或各類活動中心等）等地執行辦理失智症月系列活動。

## 伍、實施方式：

一、活動主題：

以認識失智症及其預防延緩照護為原則，內容包括如何分辨失智症與老化、失智症類型、失智症十大警訊、降低失智症風險、失智症就醫資訊、失智症社會照護資源、與失智者溝通技巧、遇到失智者的友善對待方式...等。

二、活動辦理：

(一) 宣傳管道：

透過 DM、摺頁、海報及宣導品等文宣品傳達及宣導活動訊息與失智防治觀念。

(二) 實體互動：

以講座、影片放映及座談、闖關遊戲、音樂賞析、藝術創作、體適能強化等各類活動與現場參與民眾互動，進行認識失智症及其預防延緩照護相關議題之推廣與探討，同時提供衛教單張(含失智醫療、照護資源相關聯繫單位及窗口等內容)，在歡愉的氣氛中，強化其對失智症預防延緩重要性之認知與重視，同時，發掘潛在疑似失智個案，協助其進行確診評估，並積極參與本市失智共照中心及失智據點預防延緩失智相關活動課程。

## 陸、經費概算：新臺幣 10 萬元

| 申請辦理單位 | 補助經費(場) |
|---|---|
| 本市 114 年失智共照中心及失智據點 | 10,000 元 |

## 柒、申請方式：

一、於申請期程內將申請計畫書（應包含辦理日期、地點、主題及大綱與經費概算表）1 份（含電子檔）函送本局，俟本局審查完畢後，獲選再行通知各單位辦理。

二、計畫書請統一左側裝訂，以 A4 大小直式橫書，務必標示頁碼，雙面列印。

三、經費僅限編列業務業務費。

**捌、經費核銷與注意事項：**

本計畫預算經費採**一次撥付核銷**，核實支付。

一、經費：每家單位經費核定上限 1 萬元，為辦理本計畫所需支用項目，並說明需求原因，**但不包含禮品費**。

二、經費請領方式：

(一)經費核銷應檢具領據及其原始憑證（附件 1-4）、**相關佐證資料影本(*各 1 份**：活動當日簽到表、時程表、講師資格證明文件；請加蓋與正本相符章、單位戳章)。

(二)活動成果報告：紙本**及電子檔各 1 份**。

(三)收件截止日：114 年 10 月 15 日。

(四)收件人：本局長期照護科業務承辦人彭小姐，寄回或親送（330 桃園市桃園區縣府路 55 號）。

三、講師鐘點費請領資格須具備下列四項條件擇一：

(一) 護理師、職能治療師、物理治療師、醫師、營養師、藥師、社工師及心理師等具醫事類師級以上長期照護相關專業人員資格者。

(二) 護士、職能治療生、物理治療生、社工員等未有師級資格之長期照護相關專業人員，其臨床年資滿 5 年以上且足以證明者。

(三) 符合「預防及延緩失能方案」指導員資格者。

(四) 接受有關失智症相關訓練且有相關資格之證明者。

**玖、預期效益：**

提升本市市民對失智症防治之正確認識及降低罹患失智症風險，並對失智者予以友善對待；發掘潛在疑似失智個案，協助其積極參與本市失智共照中心及失智據點預防延緩失智相關活動課程。

# 桃園市政府衛生局
# 『114 年度失智症月活動計畫』
# 申請計畫書

**壹、內容**

**一、封面：**應書明「計畫名稱」、承辦單位及人員等內容。

**二、前言與目的**

**三、活動內容簡述**

(一)辦理日期、地點。

(二)主題及活動大綱。

(三)預估服務人數及經費概算表。

**四、預期效益**

**五、其他相關資料**

**貳、印製格式：**以 A4 直式紙張列印製作，內容採中文橫式、由左至右繕打，裝訂成冊並編頁碼。

# 桃園市政府衛生局
# 『114 年度失智症月活動計畫』
# 成果報告

**壹、內容**

**一、封面：**應書明「計畫名稱」、承辦單位及人員等內容。

**二、目標**

**三、活動成果**

(一) 活動總表(包括辦理日程、時間、主題、地點、講師姓名、參與人數等項)。

(二) 活動紀錄照片 4 張。

(三) 活動意見(滿意度)調查問卷統計結果、成果分析圖表(無則免付)等。

**四、檢討與建議**

**五、結論**

**六、附件資料**

(一) 活動資料影本，並請加蓋與正本相符章、單位戳章：

1.活動宣導單張、2.講義、3.簽到表(單位自製)等項

(二) 成效評估表單或其他相關資料

**貳、印製格式**：成果報告應以 A4 直式紙張列印製作，內容採中文橫式、由左至右繕打，裝訂成冊並編頁碼。

# 桃園市政府衛生局
# 『114 年度失智症月活動計畫』
# 活動紀錄照片

| **活動照片 1 ― 活動主題：** |
| --- |
| 日期：<br>地點：<br>簡述： |
| **活動照片 2 ― 活動主題：** |
| 日期：<br>地點：<br>簡述： |

# 活動紀錄照片

| **活動照片 3 — 活動主題：** |
| --- |
| 日期：<br>地點：<br>簡述： |
| **活動照片 4 — 活動主題：** |
| 日期：<br>地點：<br>簡述： |

附件一： 領據

# 桃園市政府衛生局

# 「114年度失智症月活動計畫」

# 服務費用申請領據

茲收到桃園市衛生局「114 年度失智症月活動計畫」費用計新臺幣_____元整

此致

桃園市政府衛生局

單位名稱：_____

統一編號：_____

單位地址：_____

聯絡電話：_____

入帳戶名：_____

入帳金融機構名稱(分行)、帳號：_____

製表： 單位主管：

負責人：

出納： 會 計：

中 華 民 國 1 1 4 年 月 日

註 1：本表 1 式 3 份，2 份送衛生局(正本及影本各 1 份)，1 份由單位留存。

附件二 ：支出憑證簿

**機關單位名稱：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿**

# 接受桃園市政府衛生局經費支出憑證簿

| | |
|---|---|
| 會計年度：114 | 計畫編號： |
| 計畫項目：「114 年度失智症月活動計畫」 | |
| 衛生局核准日期及文號： | |
| 經費新臺幣（大寫）： | |
| 支出憑證正本共　　張，計新臺幣　　元 | |
| 在衛生局核定經費項下報支數<br>計新臺幣（大寫）　　元 | |
| 繳回賸餘經費新臺幣（大寫）： | |
| 經費孳息金額新臺幣（大寫）： | |
| 其他收入金額新臺幣（大寫）： | |

**機關（單位）審核簽章**

| | | |
|---|---|---|
| 桃園市政府衛生局 | 業務單位 | |
| | 會計單位 | |
| | 機關長官 | |
| 執行單位 | 業務單位 | |
| | 會計單位 | |
| | 機關長官 | |

填表說明：請各執行機關（單位）於計畫執行完畢後，連同「經費支出明細表」、「支出憑證」依序裝訂。

附件三：支出憑證明細表

**執行單位：_____**

**接受桃園市政府衛生局經費支出憑證明細表**

**會計年度：　　計畫編號：**

**計畫名稱：**「114 年度失智症月活動計畫」

| 支出日期 | | | 摘　　要 | 支出憑證 | 金　　額（新臺幣元） | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 年 | 月 | 日 | | 編號 | 合計 | 自籌 | 核定 |
| | | | 合　　計 | | | | |
| | | | 講師鐘點費 | | | | |
| | | | 文具紙張 | | | | |
| | | | 印刷費 | | | | |
| | | | 其他 | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | 業 務 費 小 計 | | | | |

填表說明：

1.請依支出憑證編號順序填列，並依核定項目分類列計金額（小計），俾利查核。

2.如接受二個以上政府機關經費來源者，應列明各機關核定項目及金額(並填列於自籌欄位)。

附件四：支出原始憑證用紙

□受款人
□發票(或收據)開立廠商
□詳如受款人清單
□扣抵罰賠款＿＿＿＿元
□轉保固金＿＿＿＿元
□其他(請列舉並標示金額)

# 黏貼憑證用紙
# 經費支出原始憑證用紙

計畫名稱：「114 年度失智症月活動計畫」

機構單位：

| 傳票付款憑單 | | | | 金額 | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 億 | 千 | 百 | 十 | 萬 | 千 | 百 | 十 | 元 | |
| 編號 | | 預算年度 | 114 年度 | | | | | | | | | | |
| 預算科目 | | | 用途說明 | | | | | | | | | | |

| 製表人員 | 會計人員 | 負責人或授權代簽人 |
|---|---|---|
| | | |

( 憑　證　黏　貼　線 )

說明：

一、 對不同工作計畫或用途別之原始憑證請勿混合黏貼。

二、 本用紙除「傳票(付款憑單)編號」由會計單位填列外，其餘各欄由經辦核銷工作人員填列。

三、 本用紙憑證黏貼線上端有關人員核章欄，得視各機關實際工作之分工程序自行增列。

四、 簽署欄位依職稱大小，「由上而下，由左而右」，各單位主管應於騎縫處核章。

五、 凡提供參考之附件，如不能同時黏貼，則記明某號憑證之附件，按號另裝成冊一併附送，並於憑證簿封面註明上開另裝附件若干件。

六、 發票為二聯式 須黏貼「收執聯」、三聯式則須黏貼「扣抵聯」與「收執聯」

七、 須交付原始憑證正本辦理核銷，亦得交付原始憑證影本並另蓋與正本相符之核章及承辦人、會計人員及負責人職章。

八、 凡是「公司」開立之單據需為「發票」，不得以收據替代，以避免逃漏稅事情發生。

附件：
□發票　　張
□收據　　張
(並至財政部稅務入口網之營業登記資料公示查詢)
□動支經費請示單或核准辦理文件　張
□驗收報告　張
□合約書　份
□其他文件(需註明文件名稱、份數)