

衛生福利部
115-116年度「預防口腔衰弱之社區推廣先導
計畫」
申請作業須知



中華民國115年6月

衛生福利部

115-116年度「預防口腔衰弱之社區推廣先導計畫」申請作業 須知

壹、計畫依據及緣起

依據行政院核定長期照顧十年計畫 3.0 辦理。

114 年臺灣 65 歲以上之人口比率已超過 20%，正式邁入「超高齡社會」，而人口結構快速高齡化，對我國長照及醫療體系帶來嚴峻挑戰，為強化社區初級預防功能，向前延伸發展預防及延緩失能照護服務，提升長者生活品質，成為現今政府重要課題之一。

口腔健康狀況與全身健康息息相關，研究指出，口腔肌肉群會隨年齡增長而老化，將逐漸出現「口腔衰弱」或「口腔機能低下」情形，倘不及早介入，易導致咀嚼及吞嚥障礙、口乾、嗆咳、營養不良、社交退縮及吸入性肺炎等嚴重問題，進而衍伸為全身衰弱，提升失能及死亡風險。日本對逾 2,000 名 65 歲以上長者之研究結果顯示，其口腔衰弱盛行率為 16%，經追蹤 4 年後，發現口腔衰弱將增加其生理衰弱風險達 2.4 倍、增加肌少症風險達 2.2 倍、增加失能風險達 2.3 倍，且增加死亡風險達 2.2 倍。

「口腔衰弱」係介於健康和需要照顧之間的「可逆中間期」，可藉由口腔機能訓練，減緩其惡化程度，甚至予以逆轉。據本部國民健康署調查顯示，我國目前 65 歲長者，平均每 10 人即有 1 人有輕度以上吞嚥障礙，顯見推動預防口腔衰弱、口腔機能低下相關政策刻不容緩。

為預防國人邁向「不可逆」之口腔功能障礙，擬擇選高齡人口比例較全國平均高且每萬人口牙醫師數低於 OECD 國際指標之縣市及離島縣市優先辦理。藉由建立社區預防模式，並進行成本效益分析，爰補助辦理「預防口腔衰弱之社區推廣先導計畫」（下稱本計畫），由在地專業團隊，推動口腔衰弱評估服務，並依評估結果提供口腔衛教指導或轉銜醫療介入，強化民眾口腔健康、延緩失能以提高生活品質。

貳、計畫目標

組成社區口腔機能評估團（下稱評估團）進行社區長者口腔機能評估，及早發現口腔功能衰弱者予以衛教改善口腔機能，口腔機能低下者協助就醫，以及提升口腔保健知能。

參、申請單位資格：為宜蘭縣、苗栗縣、南投縣、雲林縣、嘉義縣、屏東縣、臺東縣、花蓮縣、澎湖縣、金門縣及連江縣之醫療相關財（社）團法人團體、公、協、學會；公（私）立大專院校、醫療院所。

肆、計畫期程：自本部核定日至116年12月31日

伍、執行方式

工作事項一：辦理口腔機能評估團相關專業人員教育訓練及受評估個案追蹤管理

一、服務項目與提供原則：

（一）盤點所轄縣市辦理口腔機能評估專業人員需求，辦理培訓專業人才教育訓練，並將完訓名單登載於本部系統：

1. 盤點辦理評估團需求人數，受訓人員以從事本計畫工作之相關人員為限。
2. 妥善規劃評估團培訓課程，課程時數及課綱需為本部提供之內容，講師須為本部提供之種子教師名單，儘早公布辦理培訓課程之日期，以利受訓人員及早規劃，並於受訓後執行服務。
3. 安排完訓之評估團辦理工作事項二之成立口腔機能評估團並提供服務，依據評估後之口腔衰弱、口腔機能低下之風險分類，定期追蹤。

（二）個案追蹤管理：

1. 依據個案風險程度分級追蹤，協調工作事項二之口腔機能評估團於社區內提供服務，以瞭解本計畫服務成效。
2. 每人每2年限執行1組評估（含2次評估）。兩次評估需間隔3至6個月，並依風險程度分級複評：

(1) 口腔衰弱、口腔機能低下之高風險個案：應於初次評估滿3個月後執行複評。

(2) 口腔衰弱、口腔機能低下之低風險個案：應於初次評估滿6個月後執行複評。

3. 個案類別說明：

(1) 疑似口腔衰弱個案，符合以下任一情況：

A. 口腔衰弱指數8 (Oral frailty index-8, OFI-8) 評估：4分以上。

B. 口腔衰弱五項量表 (Oral frailty five-item, OF-5) 評估：2項以上為「是」。

(2) 口腔衰弱、口腔機能低下高風險個案，需同時符合下列所有條件：

A. 吞嚥困難自我評估工具表 (Eating Assessment Tool-10, EAT-10)：3分以上。

B. 舌苔指數 (Tongue Coating Index, TCI)：50%以上。

C. 口腔健康評估 (Oral health assessment tool, OHAT)：4分以上或單項2分以上。

(3) 口腔衰弱、口腔機能低下低風險個案：符合第1點「疑似口腔衰弱」之定義，但第2點之三項指標中，有任一項未達標準者。

二、補助項目及基準：

(一) 補助辦理口腔機能評估團教育訓練費：

1. 臺東縣、澎湖縣培訓人數可折半計算，且每人須完成時數才可計為1人，如同1人重複參加相同之培訓課程，歸人計算後仍僅以1人計。

2. 培訓人數未達最低人數，補助經費按比例計算：

課程類型	對象	每場次 培訓時數	每場次 培訓人數	每場次補助 經費上限
預防口腔衰弱 與口腔功能低 下之社區篩檢	醫師、口腔機 能評估相關專 業人員 ^註	5小時	至少30人	新臺幣（以 下同）3萬元

註：口腔機能評估相關專業人員為專科以上學校醫藥衛生學門之系、所、學位學

程、科畢業者。

- (二) 計畫協調暨個案管理追蹤費：補助項目包含人事費、業務費及管理費，本項經費不得超過核定總經費之35%；本項所編列之業務費及管理費依工作事項二核定金額之執行率（實支數／核定數）等比例核銷。

工作事項二：成立口腔機能評估團

一、服務項目與提供原則：

- (一) 服務對象：非屬核定「長期照顧服務申請及給付辦法」之照顧組合碼別 CB02之社區65歲以上（原住民55歲以上）疑似口腔衰弱長者個案。

1. 疑似口腔衰弱長者個案，符合以下任一情況：

- (1) OFI-8評估：4分以上。
- (2) OF-5評估：2項以上為「是」。

2. 口腔衰弱、口腔機能低下高風險長者個案，需同時符合下列所有條件：

- (1) EAT-10：3分以上。
- (2) TCI：50%以上。
- (3) OHAT：4分以上或單項2分以上。

3. 口腔衰弱、口腔機能低下低風險長者個案：符合第1點「疑似口腔衰弱」之定義，但第2點之三項指標中，有任一項未達標準者。

- (二) 辦理場域：為提升民眾服務之可及性，由評估團主動走入社區，於民眾日常生活之非醫療場域提供服務。場域範疇涵蓋：

1. 社區固定服務據點：包含社區照顧關懷據點、巷弄長照站（含文化健康站）、失智社區服務據點等。
2. 公共集會場域：如里民活動中心、宗教空間、圖書館、學校或其他經認定之公共場所。

- (三) 提供服務：

1. 辦理社區口腔保健講座，講題需包含預防口腔衰弱及提升口腔機能。
2. 發掘社區中疑似口腔衰弱長者個案。

3. 針對疑似口腔衰弱長者個案，進行口腔衰弱評估，並予以口腔健康及功能促進相關衛教。評估項目包含 EAT-10、口篩表、TCI 及 OHAT。
4. 協助口腔衰弱、口腔機能低下高風險長者個案，轉介醫療院所接受醫療服務。

二、獎勵項目及基準：

每次服務需包含下列所有項目，倘辦理地點位於牙醫資源不足之偏遠地區（附件1）獎勵金額加成20%：

工作項目	執行者	支付費用
1. 口腔保健講座	醫師	每場次至少15人，講授至少50分鐘，併同執行 OFI-8或 OF-5以發掘疑似口腔衰弱長者個案，獎勵3,000元（含定額補貼場地使用相關費用）。
2. 口腔衰弱評估： (1)EAT-10 (2)口篩表 (3)TCI (4)OHAT	1. 醫師或相關專業人員 ^註 ： EAT-10 2. 醫師：口篩表、TCI、OHAT。	1. 針對疑似口腔衰弱長者個案執行口腔衰弱評估，並提供個人化衛教，獎勵每人次750元（含執行評估所需相關費用、居家口腔機能促進練習教材），應部分負擔50元；符合全民健康保險法第48條規定、第49條及其施行細則第63條第1項、第2項規定，全民健康保險法第10條第1項第6款第1目之對象獎勵每人次800元（含執行評估所需相關費用、居家口腔機能促進練習教材），免部分負擔。 2. 每人每2年限執行1組評估（含2次），每次評估需間隔3至6個月。

註：相關專業人員為專科以上學校醫藥衛生學門之系、所、學位學程、科畢業者。

三、其他配合事項：

- (一) 受獎助單位可與所屬縣市之設有牙科之醫療院所合作成立評估團，由受獎助單位統籌完成目標值。
- (二) 訂定社區口腔衰弱評估之高風險長者個案轉介機制及流程。
- (三) 辦理本項工作項目之醫師應於到職或承辦本計畫3個月內完成所訂之訓練課程。
- (四) 為利長者個案了解服務內容，並尊重長者個案接受追蹤評估之意願，受評估之長者個案需填具「個案服務申請書」及「個案服務資料授權應用及知情同意書」(如附件2)，應妥善保存及配合提供個案之相關文件(如附件3)，並留存於服務提供單位備查。
- (五) 將服務對象評估結果登載於本部系統，並請務必於提供服務次月20日前完成服務紀錄登載，如遇國定假日則於次個工作日前完成紀錄登載。
- (六) 進行服務滿意度調查，留存於服務單位備查，每人每年至少進行一次調查。
- (七) 配合出席聯繫會議，參與者應包括評估團成員，針對本計畫個案管理、執行流程、指標定義、滿意度問卷內容、資料成果繳交等進行討論，以確保所有人員了解各自分工及評估一致性。
- (八) 確實掌握評估團服務時間及地點，以配合本部委託之輔導團隊辦理實地輔導，提供服務行程，並配合輔導訪查。於本計畫執行過程中配合本部委託輔導團隊抽查辦理情形，確保計畫品質。
- (九) 配合本部提報相關成果資料(含報表、照片、簡報等)，及配合出席相關會議、教育訓練等活動，協助進行政策推廣或成果分享，並接受計畫相關輔導事宜。
- (十) 成果報告經驗收如與本計畫作業須知所定事項或契約不符，或審查後經通知限期改善，未如期改善者，本部得要求繳回已撥付之經費，如有違反計畫或法令情事，情節重大者，三年內不得再申請補助；請確實督導轄內單位依本計畫作業須知規定辦理。
- (十一) 計畫指標自訂目標：

1. 口腔機能評估團數量、人數。
2. 口腔機能評估團教育訓練場次、人數。
3. 接受評估之服務對象人數、人次。
4. 個案追蹤率。
5. 滿意度調查。

(十二) 自訂指標：提出具體規劃，自行訂定及達成2項指標。

陸、計畫經費及獎助原則

- 一、計畫經費：本計畫總經費為5,823萬元整。
- 二、每單位限申請1件計畫，每件獎助額度最高以970萬5,000元為原則，預計擇優選出6件不同縣市之計畫獎助，各縣市以1件為限。
- 三、本計畫獎助項目包括口腔機能評估團教育訓練費、計畫協調暨個案管理追蹤費（含人事費、業務費、管理費）及成立口腔機能評估團，於計畫執行期間因業務實際需要致原列經費不足時，於本計畫內容不變下，得由其他有賸餘之項目依下列規定辦理流用：
 - (一) 口腔機能評估團教育訓練費、計畫協調暨個案管理追蹤費（人事費、管理費）、成立口腔機能評估團及本部核定計畫所列不得支用之項目，均不得流入。
 - (二) 前款以外各用途別科目間之流用，由受獎助單位首長核定辦理。
 - (三) 受獎助單位應依其內部行政作業程序辦理經費流用之申請及核定，並應完備申請及審核核定紀錄以備查考。
 - (四) 本計畫獎助經費應依本部核定之補助項目動支，不得移作別用。
 - (五) 補助人力：本計畫補助之人力，應專責辦理本計畫相關事項，且不得另報支本計畫內之鐘點費及出席費。另受補助單位人員不得報支臨時工資。
 - (六) 如有未盡事宜，相關經費支用請依「衛生福利部補(捐)助款項會計處理作業要點」(附件4)辦理。

柒、計畫申請及審查

一、申請期限：自公告日起14個工作日（至115年7月6日，以本部收文日為準），逾時不予受理。

二、申請方式：

- (一) 申請機關(構)應以正式機關(構)章蓋妥申請文件提出申請，由個人名義申請者概不受理。未經過本部事先同意，本部不提供或代為申請計畫執行所需之資料。計畫內容不得涉及其它相關智慧財產權。
- (二) 於申請期限內，依附件申請表（附件5）、計畫書格式（含經費需求表）（附件6）撰寫，並將申請計畫書（含經費需求表）一式8份（其中1份無須裝訂，含可編輯之電子檔）函送至本部申請。
- (三) 計畫書 A4規格雙面印刷為原則，所送計畫書與附件資料，不予退還。
- (四) 寄送申請案件之外包裝上請註明計畫名稱及申請單位名稱，以利收發人員辨識，投寄至本部。
- (五) 曾接受本部補助或委託執行相關計畫之申請單位，所送計畫內容應摘要性呈現過去辦理成果及檢討。補助經費編列或費用支出規範，請依「115-116年度預防口腔衰弱之社區推廣先導計畫經費編列基準及使用範圍」辦理（附件7）。
- (六) 申請機關（構）應自行檢視是否為公職人員利益衝突迴避法規範對象，並請填寫及檢附「衛生福利部補助案件公職人員利益衝突自主檢核表」（如附件8-1）；補助對象如係屬公職人員利益衝突迴避法第2條及第3條所稱公職人員或其關係人者，請填「公職人員利益衝突迴避法第14條第2項公職人員及關係人身份關係揭露表」（如附件8-2），如未揭露者，依公職人員利益衝突迴避法第18條第3項處罰。

三、審查程序：

- (一) 申請文件符合規定之計畫，由本部視計畫書內容，邀集相關領域學者專家及相關單位代表，以書面或會議方式審查，並視需要請申請機關（構）進行現場簡報及答詢。
- (二) 由審查委員依審查評分表（如附件9）進行評比，申請計畫之總平均

分數高於75分(含)以上者，始予補助，並自總平均分數高者依序補助，如有2家以上同分，則依審查項目配分高者依序評比，配分高之項目得分高者優先補助。

(三) 審查項目及配分如下：

項次	審查項目	配分
1	計畫內容是否符合本案需求及其完整性與合理性（含執行方法、步驟之周詳及可行性、人力配置之適切性等）	35
2	工作計畫期程、執行進度及期限規劃之合理性。（含進度規劃、品質控制及保證措施等）	15
3	組織專業執行能力、適當性與相關工作成果。（含專業能力、相關計畫承辦經歷、工作小組組織規模、技術人力及過去辦理類似案件之經驗及執行能力）	20
4	對本計畫案內容之掌握及瞭解程度等	10
5	報價及經費組成內容之合理性分析	20
評分合計數（總滿分：100分） （簡報及詢答視需要辦理，並納入項次1評分）		

(四) 審查結果：計畫補助經費部分，將由本部進行審查，並依評比結果核定補助金額。至實際補助金額將俟總預算案經立法院審議通過為法定預算後之數額分配。

捌、計畫經費撥款、核銷及結案

一、經費撥款作業：

- (一) 第1期款：於簽約完成後，函送核定函影本、領據至本部，請註明撥入戶名、金融機構全銜、帳號（領據抬頭：衛生福利部、事由：115-116年度「預防口腔衰弱之社區推廣先導計畫」第1期款經費），撥付工作事項一核定金額之50%。
- (二) 第2期款：於115年12月31日前（以本部收文日為準），乙方需將計畫執行日起至115年12月10日之工作事項二之資料（如附件10-3、10-4）函送至本部，經本部查無待補正事項後，通知撥付金額，請乙方函送工

作事項二獎勵金額領據，公文請註明撥入戶名、金融機構全銜、帳號。

(三) 第3期款：於116年3月31日前（以本部收文日為準），函送核定函影本、領據及第1次結報資料，經本部審查通過後，撥付工作事項一之50%，公文請註明撥入戶名、金融機構全銜、帳號。另，乙方需將自115年12月11日至116年3月10日前之工作事項二之資料函送至本部，經本部查無待補正事項後，通知撥付金額，請乙方函送工作事項二獎勵金額領據，公文請註明撥入戶名、金融機構全銜、帳號。

(四) 第4期款：於116年6月30日前（以本部收文日為準），乙方需將自116年3月11日至116年6月10日前之工作事項二之資料（如附件10-3、10-4）函送至本部，經本部查無待補正事項後，通知撥付金額，請乙方函送工作事項二獎勵金額領據，公文請註明撥入戶名、金融機構全銜、帳號。

(五) 第5期款：於116年9月30日前（以本部收文日為準），乙方需將自116年6月11日至116年9月10日前之工作事項二之資料（如附件10-3、10-4）函送至本部，經本部查無待補正事項後，通知撥付金額，請乙方函送工作事項二獎勵金額領據，公文請註明撥入戶名、金融機構全銜、帳號。

(六) 第6期款：於117年1月31日前（以本部收文日為準），乙方需將自116年9月11日至116年12月31日前之工作事項二之資料（如附件10-3、10-4）函送至本部，經本部查無待補正事項後，通知撥付金額，請乙方函送工作事項二獎勵金額領據，公文請註明撥入戶名、金融機構全銜、帳號。

二、經費結報及計畫結案作業：

(一) 第1次結報：於116年3月31日前（以本部收文日為準），乙方函送期中成果報告（一式8份及電子檔，格式如附件10），並檢附自核定日至115年12月31日之收支明細表（一式2份，如附件11）辦理第1次結報。

(二) 期末結案：於117年1月31日前（以本部收文日為準），乙方函送期末成果報告（一式8份及電子檔，格式如附件10），並檢附支出至116年

12月31日收支明細表（一式2份，如附件11），辦理期末結案作業，並繳回賸餘款，自行保存支出憑證或支用單據。

- (三) 若有賸餘款，應繳回本部辦理結案（利息金額為300元以下者，得留存受補助單位免解繳本部；其餘併同其他衍生收入及結餘款，應於結報時解繳本部）。賸餘款請以支票或收入退還書或匯款單影本隨函附上（請擇一辦理）。

玖、其他注意事項

- 一、本計畫申請作業說明書及受補助單位所提計畫書，將納入契約書執行。
- 二、本部將依合約規定辦理撥款；執行進度明顯落後者，則依合約規定及其情節輕重予以扣款、追繳款項或中止合約。
- 三、接受補助者，應於獲補助之各項服務、措施或活動所製作之單張、文宣品、媒體傳播、活動舞台背景、出國報告、研究成果報告、訪問報告等補助項目或範圍明顯適當位置，註明主辦單位名稱及「衛生福利部長照基金補助」等字樣。倘辦理政策宣導，應確實依政府機關政策文宣規劃執行注意事項及預算法第62條之1規定，明確標示「廣告」二字。
- 四、本案經費不含相關設備之採購，計畫執行期間內，需由受補助機構提供。
- 五、受補助申請案件，應依政府採購法、預算法及財產管理等相關規定辦理。
- 六、本部得於執行期間或該期間結束後，至各受補助單位辦理實地查核作業，受補助單位不得規避、妨礙、拒絕抽查(核)作業。
- 七、本部如發現受補助單位有重大違失者或重複申請其他政府機關同性質計畫或方案之獎勵，本部得終止契約、停止補助，並得追回補助費用。
- 八、受補助單位應據實提供計畫相關數據資料、佐證文件、支出憑證（支用單據），如發現有虛偽不實情形者，將予以追繳補助款，情節嚴重者，並依相關法令追究責任。
- 九、如有未盡事宜，依「衛生福利部衛生業務補(捐)助作業要點」（附件12）及相關規定辦理；或本部將視業務需要，隨時以公文書補充或修正相關規定，並視同契約內容。

牙醫醫療資源不足之偏遠地區一覽表^註

分區	縣別	鄉鎮區
台北區	宜蘭縣	蘇澳鎮(大南澳地區)、頭城鎮(東北角海岸地區)、礁溪鄉(龍潭、匏崙、玉田村)、壯圍鄉、員山鄉、冬山鄉(東城、得安、大進村)、三星鄉、大同鄉、南澳鄉
	金門縣	烏坵鄉
	連江縣	南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉、
北區	苗栗縣	南庄鄉、頭屋鄉、西湖鄉、獅潭鄉、泰安鄉
中區	南投縣	鹿谷鄉、中寮鄉、魚池鄉、國姓鄉、信義鄉、仁愛鄉
南區	雲林縣	土庫鎮(後埔、埤腳、崙內、新庄、奮起里)、古坑鄉、莿桐鄉(六合村)、林內鄉、二崙鄉、麥寮鄉、東勢鄉、褒忠鄉、臺西鄉、元長鄉、四湖鄉、口湖鄉、水林鄉
	嘉義縣	布袋鎮、大林鎮(排路里)、溪口鄉、六腳鄉、東石鄉、鹿草鄉、中埔鄉(灣潭、沄水、同仁、石碇、裕民、隆興村)、竹崎鄉、梅山鄉、番路鄉、大埔鄉、阿里山鄉
高屏區	屏東縣	恆春鎮(萬里桐、墾丁地區、水泉、大光里)、鹽埔鄉、高樹鄉(廣興、泰山、新南村)、萬巒鄉、內埔鄉(黎明村)、竹田鄉、新埤鄉、崁頂鄉、林邊鄉(崎峰村)、佳冬鄉、琉球鄉、車城鄉、滿州鄉、枋山鄉、三地門鄉、霧臺鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉
	澎湖縣	馬公市(虎井、桶盤島)、湖西鄉、白沙鄉、西嶼鄉、望安鄉、七美鄉
東區	花蓮縣	鳳林鎮、玉里鎮(河東地區)、新城鄉、壽豐鄉、光復鄉、豐濱鄉、瑞穗鄉、富里鄉、秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉
	臺東縣	成功鎮(信義、忠孝里)、關山鎮(電光、月眉、德高里)、卑南鄉、大武鄉、太麻里鄉、東河鄉、長濱鄉、鹿野鄉、綠島鄉、延平鄉、海端鄉、達仁鄉、金峰鄉、蘭嶼鄉

註：115年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴計畫施行地區一覽表(1150116公告版)

口腔衰弱評估個案服務申請書

口腔衰弱評估提供之個案服務，包含口腔衰弱評估、轉介及追蹤，並依照口腔機能不同階段（衰弱、低下）提供衛教指導及追蹤。本人（個案或家屬）同意自即日起接受個案服務，包含：

- （一）口腔衰弱評估與轉介相關之醫療服務資源；
- （二）衛教指導及追蹤：同意提供依評估結果給予衛教指導與後續評估之追蹤服務；
- （三）個案服務資料登錄：為接受延續性服務，同意將個案服務資料登錄於衛生福利部指定系統，資料將包含個案基本資料、照顧者資料、健康層面、評估結果及衛教指導記錄等。

個案如無意願再接受所提供的任何服務項目，請與本計畫執行單位專業人員聯繫，以保障個案之權益。

我已詳閱並了解本同意書內容，且同意上述事項。

個案簽名：

家屬簽名【選填】：（與個案之關係：）

申請日期： 年 月 日

個案基本資料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	身分證字號		出生日期	年 月 日
	電話		手機	
	居住地址			
	使用語言	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 台語 <input type="checkbox"/> 客語 <input type="checkbox"/> 原住民語：____ <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 日文 <input type="checkbox"/> 其他：		
	教育狀態	<input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 識字，未受正規教育 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 五專 <input type="checkbox"/> 大學(二三專) <input type="checkbox"/> 研究所以上 <input type="checkbox"/> 其他：		
	身分別 【可複選】	<input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 榮民 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 身心障礙證明申請中 <input type="checkbox"/> 領有身心障礙證明：障別_____等級 <input type="checkbox"/> 領有重大傷病卡		
聯絡人	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	關係	<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 媳婦 <input type="checkbox"/> 女婿 <input type="checkbox"/> 孫子女 <input type="checkbox"/> 鄰里長 <input type="checkbox"/> 其他：		
	聯絡電話		是否為照顧者	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

民眾接受口腔衰弱評估之個案服務資料 授權應用及知情同意書

口腔衰弱評估服務除了評估人員的專業，更需要個案、家屬的配合與意願，才能使口腔機能維持或回復健康狀態。為了順利提供服務，請您詳讀以下相關事項：

- 一、本單位基於個人資料保護法及相關法令之規定下，將蒐集、處理及利用申請者提供之個人資料。若申請者拒絕提供所需之個人資料或提供不完整時，即難以提供所申請之服務項目。
- 二、依據個人資料保護法第 8 條規定，本單位蒐集、處理及利用申請者之個人資料，目的、資料類別、期間、地區、對象及方式敘明如下：
 - (一) 目的：為提供個案口腔衰弱評估、衛教指導、滿意度調查、或轉介相關之醫療照顧服務及社會福利等相關資源範圍內使用，並依個人資料保護法之特定目的「156 衛生行政、157 調查、統計與研究分析、171 其他中央政府機關暨所屬機關構內部單位管理、公共事務監督、行政協助及相關業務、175 其他地方政府機關暨所屬機關構內部單位管理、公共事務監督、行政協助及相關業務、182 其他諮詢與顧問服務」等蒐集個人資料。
 - (二) 個人資料類別：取得來自 C001 辨識個人者、C003 政府資料中辨識者、C011 個人描述、C021 家庭情形（婚姻狀況）、C023 家庭其他成員之細節、C024 其他社會關係、C051 學校紀錄、C061 現行之受僱情形（在職職務）、C111 健康紀錄、C120 宗教信仰、C132 未分類之資料之個人資料。
 - (三) 個人資料利用之期間、地區、對象及方式：
 - 1、期間：依特定目的存續期間。
 - 2、地區：中華民國境內（包括臺澎金馬地區）。
 - 3、對象：中華民國各政府機關（構）、經政府委託或特約之各團體及機構或經本中心轉介之醫療、社會福利及相關非營利組織團體。
 - 4、方式：符合個人資料保護相關法令以自動化機器或其他非自動化之利用方式；須利用上述已去識別個人化，無法辨識特定個人之資料進行學術研究。

(四) 依個人資料保護法第3條規定，當事人得行使以下之權利：

- 1、查詢或請求閱覽。
- 2、請求製給複製本。
- 3、請求補充或更正。
- 4、請求停止蒐集、處理或利用。
- 5、請求刪除。

三、本同意書一式二份，立同意書人與本計畫執行單位各執一份為憑。

四、其他記載事項：

如欲行使上述第二條第四項所列之當事人權利，如有任何疑問，可洽_____（本計畫執行單位），聯絡電話：_____。

五、您得自由選擇是否提供個人資料或行使個人資料保護法第3條所定之權利，但當不提供評估口腔機能需要之個人資料時，將影響受服務之權益；當不提供政府機關（構）、學術研究單位基於公共利益運用進行分析之個人資料時，不影響您接受口腔衰弱評估資格。

六、您所提供之個人資料，衛生福利部及服務提供之執行單位將依據個人資料保護法相關規定盡資料保護之責。

本人已詳閱且瞭解上述所有事項，並同意提供政府機關（構）、學術研究單位基於公共利益以個人資料利用之方式運用進行學術研究。

本人已詳閱且瞭解上述所有事項，惟不同意提供政府機關（構）、學術研究單位基於公共利益以個人資料利用之方式運用進行學術研究。

個案簽名：

家屬簽名【選填】：_____（與個案之關係：_____）

專業人員簽名：

法定代理人：（個案為受監護或輔助宣告人須填寫）

簽名 _____ 國民身分證統一編號：_____

住(居)所：_____ 電話：_____

出生年月日：中華民國：_____年_____月_____日

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

口腔衰弱指數8 (Oral frailty index-8, OFI-8)

姓 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證字號		出 生 日 期	年 月 日
評估日期： 年 月 日			
題目		是	否
1. 與 6 個月前相比，你在吃堅硬的食物有困難嗎？		<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0
2. 你最近有被茶或湯噎到嗎？		<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0
3. 你有用假牙嗎？*		<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0
4. 你經常口乾舌燥嗎？		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. 你出門的頻率比去年少嗎？		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6. 你能吃魷魚乾或醃蘿蔔之類堅硬的食物嗎？		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
7. 你一天刷幾次牙？(每天 2 次或更多次)		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
8. 您是否至少每年看一次牙科？		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

*如果您失去一顆牙齒，使用假牙治療是重要的，這樣您就可以吃堅硬的食物。

Translator: Chen-Cheng Yang. abcmacoto@gmail.com.tw

參考文獻：

Tanaka, T., Hirano, H., Ohara, Y., Nishimoto, M., & Iijima, K. (2021). Corrigendum to "Oral Frailty Index-8 in the risk assessment of new-onset oral frailty and functional disability among community-dwelling older adults" Archives of Gerontology and Geriatrics, Volume 94 (2021) 104340. Archives of gerontology and geriatrics, 96, 104466.

<https://doi.org/10.1016/j.archger.2021.104466>

Yang, C.-C.; Chen, H.-T.; Iijima, K.; Tanaka, T.; Dai, C.-Y.; Yu, S.-J.; Chuang, H.-Y.

Establishment of a Mandarin Chinese Version of the Oral Frailty Index-8 and Exploration of the Association Between Oral Frailty and Sarcopenia. Geriatrics 2025, 10, 47.

<https://doi.org/10.3390/geriatrics10020047>

口腔衰弱五項量表 (Oral frailty five-item ,0F-5)

姓 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女						
身分證字號		出生日期	年 月 日							
評估日期： 年 月 日										
口腔衰弱 量表 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="padding: 2px;">pa</td> <td style="padding: 2px;">ta</td> <td style="padding: 2px;">ka</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	pa	ta	ka				項目	題目	回應(分數)	
	pa	ta	ka							
	牙齒減少	您的天然牙齒還剩下多少顆？	<input type="checkbox"/> 0-19 顆 (1)	<input type="checkbox"/> ≥ 20 顆 (0)						
	咀嚼困難	與6個月前相比，您吃硬的食物是否有困難？	<input type="checkbox"/> 是(1)	<input type="checkbox"/> 否(0)						
	吞嚥困難	您最近是否被茶或湯噎到了？	<input type="checkbox"/> 是(1)	<input type="checkbox"/> 否(0)						
口乾	您是否經常感到口乾？	<input type="checkbox"/> 是(1)	<input type="checkbox"/> 否(0)							
口腔運動發音技能低下(A或B二擇一)	A. 您最近在發音清晰度方面是否感到困難？ B. 口腔輪替運動，每秒發「ta」音的速度異常	<input type="checkbox"/> 是(1)	<input type="checkbox"/> 否(0)							

上述五個項目中有兩項或以上為「是」即表示有口腔衰弱的表現。

參考文獻：Tanaka, Tomoki, et al. "Oral frailty five-item checklist to predict adverse health outcomes in community-dwelling older adults: a Kashiwa cohort study." *Geriatrics & Gerontology International* 23. 9(2023):651-659.

吞嚥困難篩選工具表 (Eating Assessment Tool-10, EAT-10)

姓 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證字號		出 生 日 期	年 月 日
評估日期： 年 月 日			
主題：EAT-10 吞嚥困難自我評估工具表評估您的吞嚥困難程度，經由 EAT-10 與您的醫師與相關專業醫療人員討論如何處理您症狀。			
一、說明：下列問題，請依您的經驗選擇分數並填寫在格子內			
<p>1. 吞嚥問題是否導致我的體重下降</p> <p>0 = 沒有問題 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>1 = <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>2 = <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>3 = <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>4 = 問題很嚴重</p>	<p>6. 吞嚥是否會導致疼痛</p> <p>0 = 沒有問題 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>1 = <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>2 = <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>3 = <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>4 = 問題很嚴重</p>		
<p>2. 吞嚥是否干擾我外出飲食</p> <p>0 = 沒有問題 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>1 = <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>2 = <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>3 = <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>4 = 問題很嚴重</p>	<p>7. 飲食的愉悅是否為吞嚥問題影響</p> <p>0 = 沒有問題 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>1 = <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>2 = <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>3 = <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>4 = 問題很嚴重</p>		
<p>3. 吞嚥液狀物需額外費力</p> <p>0 = 沒有問題 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>1 = <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>2 = <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>3 = <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>4 = 問題很嚴重</p>	<p>8. 吞嚥食物時會黏着咽喉</p> <p>0 = 沒有問題 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>1 = <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>2 = <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>3 = <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>4 = 問題很嚴重</p>		
<p>4. 吞嚥固狀物需額外費力</p> <p>0 = 沒有問題 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>1 = <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>2 = <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>3 = <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>4 = 問題很嚴重</p>	<p>9. 吃東西時是否會咳嗽</p> <p>0 = 沒有問題 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>1 = <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>2 = <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>3 = <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>4 = 問題很嚴重</p>		
<p>5. 吞服藥丸時需額外特別費力</p> <p>0 = 沒有問題 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>1 = <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>2 = <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>3 = <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>4 = 問題很嚴重</p>	<p>10. 吞嚥時是否有壓迫感</p> <p>0 = 沒有問題 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>1 = <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>2 = <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>3 = <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>4 = 問題很嚴重</p>		
二、分數：請把加總的分數填寫至總分格子內		<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>	
總分 (最高40分)			
三、如果您的總分為 3 分或更高，您可能有吞嚥能力及吞嚥安全的問題，建議以此評分表結果與醫師討論。			

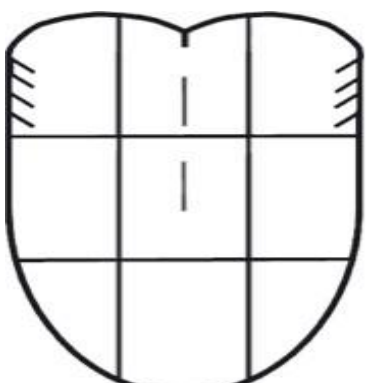
參考文獻：EAT-10信度與效度已確立

Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, Leonard RJ. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool(EAT-10). Annals of Otology Rhinology & Laryngology 2008;117(12):919-924.

口 篩 表

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女												
身分證字號		出生日期	年 月 日												
評估日期	年 月 日	評估醫師													
飲食方式： <input type="checkbox"/> 經口； <input type="checkbox"/> 鼻胃管； <input type="checkbox"/> 胃造瘻； <input type="checkbox"/> 其它：															
食物型態： <input type="checkbox"/> 正常； <input type="checkbox"/> 軟食； <input type="checkbox"/> 碎食； <input type="checkbox"/> 泥狀； <input type="checkbox"/> 其它：															
飲食能力： <input type="checkbox"/> 自行進食； <input type="checkbox"/> 使用特殊餐具； <input type="checkbox"/> 輔助餵食； <input type="checkbox"/> 其它：															
備註事項：															
牙齒現況：(D=窩洞，M=缺牙，RR=殘根，F=填補)															
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
假牙使用狀況：															
上顎： <input type="checkbox"/> 無； <input type="checkbox"/> 局部活動假牙； <input type="checkbox"/> 全口活動假牙； <input type="checkbox"/> 局部固定假牙； <input type="checkbox"/> 全口固定假牙		配戴狀況： <input type="checkbox"/> 經常； <input type="checkbox"/> 偶爾； <input type="checkbox"/> 其它：													
下顎： <input type="checkbox"/> 無； <input type="checkbox"/> 局部活動假牙； <input type="checkbox"/> 全口活動假牙； <input type="checkbox"/> 局部固定假牙； <input type="checkbox"/> 全口固定假牙		配戴狀況： <input type="checkbox"/> 經常； <input type="checkbox"/> 偶爾； <input type="checkbox"/> 其它：													
其它口腔疾病與異常：															
<input type="checkbox"/> 緊咬； <input type="checkbox"/> 牙齦炎； <input type="checkbox"/> 牙周病； <input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常：_____； <input type="checkbox"/> 其它：_____															

舌苔指數 (Tongue Coating Index, TCI)

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證字號		出生日期	年 月 日
評估日期	年 月 日	評估醫師	
		<p>將舌頭區分為九宮格</p> <p>0: 無舌苔； 1: 薄舌苔，可辨識乳突； 2: 厚舌苔，不可辨識乳突。</p> <p>舌苔指數值 TCI=_____ / 18×100%=_____ %</p>	

舌苔指數換算表			
分數(分)	百分比(%)	分數(分)	百分比(%)
1	5.56	10	55.56
2	11.11	11	61.11
3	16.67	12	66.67
4	22.22	13	72.22
5	27.78	14	77.78
6	33.33	15	83.33
7	38.89	16	88.89
8	44.44	17	94.44
9	50.00	18	100.00

參考資料：Shimizu, T., Ueda, T., & Sakurai, K. (2007). New method for evaluation of tongue-coating status. *Journal of oral rehabilitation*, 34(6), 442 - 447. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2007.01733.x>

口腔健康評估量表 (Oral health assessment tool, OHAT)

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
身分證字號		出生日期	年 月 日	
評估日期	年 月 日	評估醫師		
項目	0 分	1 分	2 分	得分
嘴唇	<input type="checkbox"/> 平滑、粉紅、濕潤	<input type="checkbox"/> 乾裂、嘴角紅	<input type="checkbox"/> 潰瘍、出血	
舌頭	<input type="checkbox"/> 粉紅、濕潤可見乳突	<input type="checkbox"/> 發紅、發紫、蒼白、乾裂、舌苔覆蓋	<input type="checkbox"/> 非常紅或白斑、潰瘍 (出血或不出血)	
牙齦組織	<input type="checkbox"/> 粉紅、結實、濕潤	<input type="checkbox"/> 乾燥浮腫 (蒼白或發紅) 有 1 個白斑	<input type="checkbox"/> 潰瘍、出血、多於 1 個白斑	
唾液	<input type="checkbox"/> 容易吐出、唾液呈水狀	<input type="checkbox"/> 不易吐出、唾液少且黏稠	<input type="checkbox"/> 無法吐出、唾液很少且非常黏稠	
自然牙	<input type="checkbox"/> 沒有齲齒或斷牙	<input type="checkbox"/> 1-3 顆齲齒或斷牙	<input type="checkbox"/> 4 顆以上齲齒、斷牙或牙齒少於 4 顆無假牙	
假牙	<input type="checkbox"/> 沒損壞，有規律戴 (或無假牙)	<input type="checkbox"/> 1 處損壞，每天戴 1-2 小時	<input type="checkbox"/> 多於 1 處損壞，沒有戴、假牙需黏合	
口腔清潔	<input type="checkbox"/> 清潔且沒有食物殘渣	<input type="checkbox"/> 局部牙菌斑或食物殘渣	<input type="checkbox"/> 多處牙菌斑或食物殘渣	
牙齒疼痛	<input type="checkbox"/> 沒有行為、言語或生理現象表示	<input type="checkbox"/> 有行為或言語現象表示，例如：拉臉、咬唇或不吃東西	<input type="checkbox"/> 有生理現象表示，例如：臉腫、大片潰瘍，時會加上行為或言語現象表示	
總分				
※分數越高，口腔狀況越差				

資料來源：Chalmers J, Johnson V, Tang JH, Titler MG, "Evidence-based protocol: oral hygiene care for functionally dependent and cognitively impaired older adults. "J Gerontol Nurs. 2004 Nov;30(11);5-12.

衛生福利部補（捐）助款項會計處理作業要點

110年11月修訂

- 一、衛生福利部（以下簡稱本部）為健全補（捐）助款項之會計處理作業，特訂定本要點。
- 二、名詞定義：
 - （一）本要點所稱補（捐）助款項，指於本部單位預算及各附屬單位預算項下編列之獎助、補助及捐助計畫，其執行應依預算執行相關規定辦理。
 - （二）本要點所稱受補（捐）助單位，指接受本部補（捐）助之地方政府、機關（構）、學校、國內外團體及個人。
- 三、受補（捐）助單位執行本部補（捐）助款項之會計處理，除法令另有規定外，依本規定辦理。
- 四、本部各業務主辦單位除應依法定預算所列執行各項補（捐）助計畫，對地方政府之補助，應依「中央對直轄市及縣（市）政府補助辦法」及「衛生福利部及所屬機關補助地方政府推動醫療保健及衛生福利資訊工作處理原則」辦理；對政府機關間之補助，應依預算所列政府機關間之補助款項及有關法令之規定辦理；對民間團體及個人之捐助，應依「中央政府各機關對民間團體及個人補（捐）助預算執行應注意事項」及本部執行獎補助計畫相關作業規定辦理。
- 五、受補（捐）助單位依約按計畫執行進度及條件向本部請撥補（捐）助款時，應檢附收據。受補（捐）助單位為地方政府且補（捐）助款項已納入其預算者，尚須檢附納入預算證明。
- 六、受補（捐）助單位應依核定計畫支用經費，不得用作下列開支：
 - （一）不合計畫或與計畫無關之支出或墊款。
 - （二）招待應酬費用、罰款、贈款、捐款及各種私人用款。
 - （三）各項存出保證金（如電話安裝費及房租押金）。
- 七、同一補（捐）助計畫各用途別科目（如人事費、業務費及管理費等），於計畫執行期間因業務實際需要致原列經費不足時，在計畫內容不變之情形下，得由其他有賸餘之用途別科目依下列規定辦理流用：
 - （一）人事費、管理費及本部核定計畫所列不得支用之項目，均不得流入。
 - （二）前款以外各用途別科目間之流用，由受補（捐）助單位首長核定辦理。但國外差旅費應依「衛生福利部及所屬機關補（捐）助或委辦計畫派員出國審查原則」辦理。
 - （三）資本門與經常門不得相互流用。受補（捐）助單位應依其內部行政作業程序辦理經費流用之申請及核定，並應完備申請及審核核定紀錄以備查考。
受補（捐）助單位違反前二項規定者，其流用金額應予減列。
- 八、補（捐）助款項之執行，如因情勢變更或其他原因，致原核定經費項目不符實際需要，且未能依前點規定辦理者，受補（捐）助單位應於計畫執行期限屆滿前一個月內函報本

部申請經費變更，並以一次為原則。

- 九、會計年度終了前，補(捐)助款項已發生權責或契約責任尚未償付者，受補(捐)助單位得依規定敘明事由、經費收支執行狀況並檢同契約書及相關文件，向本部申請經費展延。
- 十、受補助之政府機關(構)及公立學校，其補助款項之會計事務處理，應依政府會計法令規定辦理。
- 十一、前點以外之受補(捐)助單位，補(捐)助款項之會計事務處理，應依相關法令(如財團法人法等)及其會計制度規定，並設專帳處理。補(捐)助款項之原始憑證，應隨同記帳憑證裝訂成冊，妥慎保管。事實上無法隨記帳憑證裝訂保存，或須另行歸檔之文書，應於記帳憑證上註明其保管處所及檔案編號，以利查閱。會計憑證、帳簿、報表之保存期限及銷毀，依相關法令規定及其會計制度規定辦理。
- 十二、受補(捐)助單位未依前二點規定妥善保管憑證、帳簿及報表，致有毀損、滅失等情事者，本部將依情節輕重酌減後續補(捐)助款或停止補(捐)助一年至五年。
- 十三、補(捐)助計畫執行完成後，受補(捐)助單位應依規定(約訂)於期限內檢附收支明細表(附表一、附表二)及其他應備文件辦理結報。結報時若尚須請撥補(捐)助款，應一併檢附收據請領。
- 十四、受補(捐)助單位辦理經費結報時，同一案件由二個以上機關補(捐)助者，應列明各機關實際補(捐)助金額。
- 十五、受補(捐)助單位辦理經費結報時，如有賸餘款應依補(捐)助比例一併繳回。其中部分補(捐)助辦理活動、研討會等案件，除補(捐)助金額在新臺幣十萬元以下者外，實際支出經費少於原預估經費時，應按原補(捐)助比率重新計算補(捐)助金額，其賸餘款亦應按補(捐)助比例繳回。
- 十六、實施國立大學校務基金之學校，得依國立大學校院校務基金管理及監督辦法之規定辦理，受補(捐)助之全部經費應納入基金收支管理，其賸餘款、利息或其他衍生收入，納入校務基金作業收支管理，免予繳回。
- 十七、本部對受補(捐)助單位，必要時得派員查核其補(捐)助款項會計處理情形，並列為次一期補(捐)助款項撥付之參考。查核重點如下：
 - (一) 補(捐)助款項是否按照本部核定項目核實支用。
 - (二) 購置財產是否以資本支出預算支應。
 - (三) 會計帳冊及憑證是否完備及妥善保存。
 - (四) 其他有關之事項。

填表日期：中華民國 年 月 日

衛生福利部 年度長照服務發展基金獎助計畫申請表（一）									
申請單位						核准機關 日期文號			
會（地）址		市 縣 鄉 鎮 市 區 村 里 路 段 巷 弄 號 樓				統一編號			
負責人	職稱		姓名		承辦人		電話		
（申請單位用印、負責人簽章）									
計畫名稱						預定完成日期			
計畫內容概要	服務對象：								
	服務地點：								
	辦理內容：								
預期效益	（請填寫具體數據）								
計畫總經費					申請衛生福利部獎助				
（單位：新臺幣元）									
自籌經費									
（申請案自籌經費包括申請單位編列、民間捐款、其他政府機關補助、收費等，如有申請其他單位經費請詳予註明）									

計畫名稱：

附件清單	以下附件資料已隨申請表附送請打勾	
	<input type="checkbox"/> 申請補助計畫書 <input type="checkbox"/> 自籌款證明(如法定預算或納入預算證明等主管機關證明、申請時最近二個月內之金融機構存款證明等) <input type="checkbox"/> 建物基地位置圖 <input type="checkbox"/> 土地登記(簿)謄本(包括標示、所有權及他項權利部)(得以電子謄本代之) <input type="checkbox"/> 建物登記(簿)謄本(包括標示、所有權及他項權利部)(得以電子謄本代之) <input type="checkbox"/> 地籍圖謄本(得以電子謄本代之) <input type="checkbox"/> 土地權利證明文件 <input type="checkbox"/> 奉准變更編定之證明文件 <input type="checkbox"/> 都市計畫土地分區使用證明 <input type="checkbox"/> 建物配置圖及相關各層平面圖、立面圖 <input type="checkbox"/> 建物使用執照影本 <input type="checkbox"/> 工程造價概算 <input type="checkbox"/> 修繕工程書圖 <input type="checkbox"/> 山坡地依建築技術規則規定查明非屬不得開發建築之地區所提出相關資料 <input type="checkbox"/> 合法房屋證明 <input type="checkbox"/> 公共安全檢查合格證明文件 <input type="checkbox"/> 投保公共意外責任險 <input type="checkbox"/> 申請建造或購置建物金額逾新臺幣一千萬元專家學者諮詢規劃會議資料 <input type="checkbox"/> 目的事業主管機關同意申請之證明文件 <input type="checkbox"/> 委託契約書 <input type="checkbox"/> 切結書 <input type="checkbox"/> 章程影本 <input type="checkbox"/> 立案證書影本 <input type="checkbox"/> 負責人當選證書影本 <input type="checkbox"/> 法人登記證書影本 <input type="checkbox"/> 租(借)用房屋或土地證明 <input type="checkbox"/> 其他：	

	審 核 重 點	審 核 意 見
核轉機關審核意見	1. 依行政區域內之整體需求，本計畫是否有必要？ 2. 依計畫內容執行後是否可達到計畫之目的？ 3. 是否符合申請獎助項目及基準之規定？ 4. 申請單位所應附文件是否均符合規定？ 5. 有無重複申請獎助情事？ 6. 以前年度是否尚有未核銷案件？ 7. 申請單位業務、會務、財務健全且正常運作。(非屬主管之團體，應敘明該團體主管機關之意見) 8. 申請獎助資本支出之單位有無註明房屋及土地是否屬租(借)用者？ 9. 土地、建物登記(簿)謄本以電腦查詢之時間及查詢結果是否正確？ 10. 新建、改建或增建長照機構申請案是否檢附會議紀錄、評估意見書、審查意見表？ 其他審核綜合建議請簽註於下欄核轉機關審核意見	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 會議紀錄、評估意見書、審查意見表 核轉機關承辦人員及聯絡電話：
	(機關首長簽章)	

說明：一、「計畫總經費」一欄，如有跨越二年度以上者，請書明各年度需求。

二、申請單位請於申請表第一頁適當位置用印。

三、如無核轉機關，核轉機關審核意見欄免填。

115-116年度「預防口腔衰弱之社區推廣先導計畫」執行計畫書

計畫執行期間：

執行單位：

計畫主持人：

計畫聯絡人：

聯絡電話/手機：

E-mail：

中華民國 年 月

申請單位自我檢核項目表

項次	檢核項目	說明	符合	備註
1	依申請需求書 規定格式撰擬 計畫書	(一)申請單位具函向本部提出申請，並填寫申請表。	<input type="checkbox"/>	
		(二)計畫申請書一式8份（其中1份無須裝訂，含可編輯之電子檔），且格式以A4雙面印刷為原則。	<input type="checkbox"/>	
		(三)經費編列 詳申請作業須知伍 經費編列基準詳申請作業須知附件7	<input type="checkbox"/>	
2	填具「公職人員利益衝突迴避自主檢核表」及「身分關係揭露表」	(一)須填具「公職人員利益衝突迴避自主檢核表」。 (二)若自主檢核表檢核結果為「是」，須填具「公職人員利益衝突迴避法第14條第2項公職人員及關係人身分關係揭露表」。（非屬公職人員或關係人者，免填此表，仍須簽名或蓋章）	<input type="checkbox"/>	詳申請作業須知附件8-1及附件8-2 簽署及掃描後合併至計畫書

※以上資料供檢核，請務必詳實填列。

目 錄

頁 碼

壹、綜合資料

貳、計畫緣起

一、依據

二、背景說明

(一)服務需求面分析

(二)服務供給面分析

參、計畫期程

肆、計畫目標

一、目標說明

二、預期績效指標

伍、執行策略及方法

一、主要執行策略

二、分期工作項目

三、合作單位審查原則

陸、預定進度

柒、經費需求

捌、預期效益

壹、綜合資料

計畫名稱	○○縣(市)115-116年度「預防口腔衰弱之社區推廣先導計畫」				
申請單位					
單位統一編號					
執行期限	自核定日起至116年12月31日止				
申請金額	項目			金額(單位：新臺幣 元)	
	一、口腔機能評估團教育訓練費				
	二、計畫協調暨個案管理追蹤費	人事費			
		業務費			
		管理費			
	三、成立口腔機能評估團				
合計					
負責人		職稱			
計畫承辦人		職稱		電話	
E-mail					
連絡地址					

(如篇幅不足請自行增列)

貳、計畫緣起

一、依據

二、背景說明

三、現況分析及未來環境預測

(一)服務需求面分析：請就所屬縣市需求人口之城鄉、族群、文化特色等進行評估，並提供具體量化分析數據。

(二)服務供給面分析：請就所屬縣市具口腔衰弱、吞嚥障礙照護服務資源、服務人力等進行評估，並提供具體量化分析數據。

參、計畫期程：自核定日起至116年12月31日

肆、計畫目標(含關鍵績效指標)

一、目標說明：請分點具體列述本計畫所要達成之目標以及所要完成之工作項目，應避免空泛性之敘述。

二、預期績效指標：應包含關鍵績效指標、評估標準及年度目標值。

關鍵績效指標		評估標準	目標值 ^{註1}
口腔機能評估團	數量		
	人數		
口腔機能評估團 教育訓練 ^{註2}	場次		
	人數		
接受評估之服務 對象	人數		
	人次		
個案追蹤率		複評個案數/評估個案數×100%	
個案滿意度			
經費執行率		執行經費數/本部核定經費數 ×100%	
(自訂指標：提出具體規劃， 自行訂定及達成2項指標)			

(如篇幅不足，請自行增列)

註1：目標值請填報至116年12月31日之累計目標值。

註2：醫師、口腔機能評估相關專業人員

伍、執行策略及方法

- 一、主要執行策略：成立口腔機能評估團並辦理評估團專業人員教育訓練、受評估之個案追蹤。
- 二、分期工作項目：請依計畫需求，並以條列方式具體說明各階段工作項目。
- 三、合作單位審查原則：請明確說明審查方式及原則。

陸、預定進度(以甘特圖表示，可另行增列其他項目，但至少應包括本部所列工作項目)

工作項目	月 份											
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
辦理評估團專業人員教育訓練												
執行社區長者口腔機能評估服務												
繳交各期成果報告												
(可另行增列其他項目)												

(如篇幅不足，請自行增列)

柒、經費需求：

(表格範例如下，如表格不足，請自行增列)

____年度經費需求：請依照衛生福利部115-116年度「預防口腔衰弱之社區推廣先導計畫」 經費編列基準及使用範圍詳實編列，說明欄內應詳細說明估算方法及用途。		
項目	申請金額	說明
一、口腔機能評估團 教育訓練費		115年辦理__場次，訓練__人 116年辦理__場次，訓練__人
二、計畫協調暨個案 管理追蹤費(人 事費+業務費+管 理費合計)		
(一) 人事費小計		
(二) 業務費小計		
(三) 管理費		
三、成立口腔機能評 估團		依附件6-1填報。115年評估__人；116年評估__人
總計		

捌、預期效益

115-116年口腔機能評估團成立清單

工作項目二成立口腔機能評估團之單位一覽表()處

○○縣

單位：新臺幣元

編號	行政區	執行單位	口腔衰弱評估					獎勵經費上限 (C=A+B)	執行期間(按時間排序)	
			口腔保健 講座場次	經費(A)	口腔機能評估個案數					經費(B)
					符合健保法 免部分負擔	一般戶	人數小計			
1	○○區	○○○○							○年○月○日至 ○年○月○日	
2										
3										
4										
5										
6										
7										
總計										

(如篇幅不足，請自行增列)

115-116年度「預防口腔衰弱之社區推廣先導計畫」經費編列基準及使用範圍

註：凡未列於下表之經費項目原則上不得編列（例如加入相關學會之年費、論文出版費用...等）

項目名稱	說明	編列標準
人事費	人事費總金額以不超過補（捐）助計畫之計畫協調暨個案管理追蹤費百分之五十為原則，但因計畫執行之需要且經簽奉核可者，不在此限。	
獎助計畫主持人費	獎助計畫經本部審查通過者，得於獎助計畫執行期間核給研究主持費。	計畫主持人每月以不超過新臺幣（以下同）一萬元為限。 註：計畫主持人若在本部（含附屬機(關)構）其他計畫已支領主持人費，不得再重複編列支領。
計畫個案管理師、研究助理薪資	執行本計畫所需聘僱之專、兼任助理人員薪資等。 實際支領時應附支領人員學經歷級別。計畫書預算表內所列預算金額不得視為支領標準。 在本計畫支領專任研究助理薪資者，不得在其他任何計畫下重複支領。	研究助理薪資標準：專任助理工作酬金得依其工作內容，所應具備之專業技能、獨立作業能力、相關經驗年資及預期績效表現等條件，綜合考量敘薪並由計畫執行機構自行訂定標準核實支給工作酬金，經機關首長同意後編列薪資。
保險	依勞工保險條例及全民健康保險法之規定，編列應由雇主負擔之保險項目（非依法屬雇主給付項目不得編列，補充保險費則編列於管理費）。	有關勞保及健保費用編列基準應參照本部中央健康保險署及勞動部勞工保險局最新費率辦理。
公提離職儲金或公提勞工退休金	執行本計畫所需聘僱助理人員之公提離職儲金(計畫執行機構不適用勞動基準法者)或公提勞工退休金(計畫執行機構適用勞動基準法者)。	依「衛生福利部及所屬機關研究計畫助理人員約用注意事項」編列。
業務費		
審查費	審查費係指執行本計畫所需聘請專家學者進行實質審查並提供書面意見所支給之酬勞。	審查費依行政院「中央政府各機關學校出席費及稿費支給要點」辦理。
講座鐘點費	講座鐘點費係實施本計畫所需訓練研討活動之授課演講鐘點費或實習指導費。 專家指導授課之交通費可依「講座鐘點費支給表附則5」主辦機關得衡酌實際情況，參照出差旅費相關規定，覈實支給外聘講座交通費及國內住宿費。	講座鐘點費依行政院「講座鐘點費支給表」辦理。

項目名稱	說明	編列標準
臨時工資（含其他雇主應負擔項目）	<p>計畫項下已列支主持費等酬勞者不得支領本項費用。</p> <p>實施本計畫特定工作所需勞務之工資，以按日或按時計酬者為限。受補(捐)獎助單位人員不得支領臨時工資。</p>	依計畫執行機構自行訂定之標按工作性質編列（每人天以八時估算，實際執行時依勞動基法相關規定核實報支），如需列雇主負擔之勞健保費及公提工退休金則另計。
文具紙張	實施本計畫所需油墨、碳粉匣、紙張、文具等費用。	
郵電	實施本計畫所需郵資、快遞費、電報、電話費、網路費，但不得編列手機費用。	
印刷	實施本計畫所需書表、成果報告等之印刷裝訂費及影印費。	
租金	實施本計畫所需租用辦公房屋場地、機器設備及車輛等租金。	受獎助單位若使用自有場地或設備，以不補助租金為原則。但如確為執行本計畫而租用單位內部場地或設備，且提出對外一致性公開之收費標準相關證明文件，並經本部認可後，始得據以編列，並檢據報支。車輛租用僅限於從事因執行獎計畫之必要業務進行實地審查實地輔導查核時所產生之相關員接駁或搬運資料、儀器設備用途，須提出證明文件，得列本項，且不得重複報支差旅交費。
油脂	實施本計畫所需車輛、機械設備之油料費用。(車輛之油料費用，係指從事實地訪查，而非屬派遣機關人員出差，其性質與出差旅費之報支不同。)於補助經費額度內，若接送失智個案至失智據點參加活動，需經地方政府認可後，始得據以編列，並檢據報支。	
電腦處理費	<p>實施本計畫所需電腦資料處理費。包括：資料譯碼及鍵入費、電腦使用時間費、磁片、硬碟、隨身碟及光碟片及報表紙或相關項目。</p> <p>電腦軟體、程式設計費、電腦周邊配備、網</p>	

項目名稱	說明	編列標準
<p>材料費</p> <p>出席費</p> <p>國內旅費</p> <p>餐費</p> <p>其他</p> <p>雜支費</p>	<p>路伺服器架設、網頁及網路平台架設等係屬設備，依規定不得編列於此項。</p> <p>實施本計畫所需消耗性物品、與本計畫直接有關之使用年限未及二年或單價未達一萬元之非消耗性物品等費用（應詳列各品項之名稱（中英文並列）單價、數量與總價）。</p> <p>實施本計畫所需專家諮詢會議之出席費。計畫項下或受補(捐)助單位之相關人員及非以專家身分出席者不得支領。 屬工作協調性質之會議不得支給出席費。</p> <p>實施本計畫所需之相關人員及出席專家之國內差旅費。 差旅費分為交通費、住宿費、雜費等。 出席專家如係由遠地前往，受委託單位得衡酌實際情況，參照行政院「國內出差旅費報支要點」規定，覈實支給交通費及住宿費。 凡公民營汽車到達地區，除因業務需要，報經本部事前核准者外，其搭乘計程車之費用，不得報支。</p> <p>實施本計畫執行需要而召開之相關會議或活動，已逾用餐時間之餐費。</p> <p>辦理獎助計畫所需之其他未列於本表之項目。</p> <p>實施本計畫所需之雜項費用。</p>	<p>依「中央政府各機關學校出席費及稿費支支給要點」辦理。</p> <p>國內旅費依行政院「國內出差旅費報支要點」規定辦理。</p> <p>申請餐費，每人次最高一百二十元。</p> <p>應於獎助計畫書列明支用項目，並說明需求原因。</p> <p>最高以業務費之金額百分之五為上限，且不得超過10萬元。</p>
<p>管理費</p>	<p>本項經費應由計畫執行單位統籌運用，使用項目如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 水、電、瓦斯費、大樓清潔費及電梯保養費。 2. 加班費：執行本計畫之助理人員及主協辦人員為辦理本計畫而延長工作時間所需之加班費，惟同一工時不應重複支領。 3. 除上規列範圍內，餘臨時工資、兼任助理或以分攤聘僱協辦計畫人員之薪資，不得以此項核銷。 4. 依據全民健康保險法之規定，編列受委託單位因執行本計畫應負擔之補充保險費用。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 視實際需要，每年度以不超過計畫下人事費（不含計畫主持人）及業務費總和之百分之十為上限。 例如：管理費之計算公式=（人事費+業務費-主持人費）×10%。 2. 補充保險費用編列基準請自行上網參照中央健康保險署之最新版本辦理。

項目名稱	說明	編列標準
	<p>5. 依據勞動基準法之規定，編列受獎助單位因執行本計畫，應負擔執行獎助計畫專任助理人員之特別休假，因年度終結或契約終止而未休之日數，所發給之工資。</p>	

衛生福利部補助案件 公職人員利益衝突迴避自主檢核表

114. 3. 6版

一、依公職人員利益衝突迴避法(下稱利衝法)第14條規定，申請人如為公職人員或其關係人，除非符合下列例外情形，否則不得與公職人員服務或受其監督之機關申請補助：

- (一)基於法定身分依法令規定申請之補助。
- (二)對公職人員之關係人依法令規定以公開公平方式辦理之補助。
- (三)禁止其補助反不利於公共利益且經補助法令主管機關核定同意之補助。
- (四)一定金額以下之補助。

二、上述例外情形得向本部申請之補助案件，若為依第(二)、(三)款規定辦理者，申請人應於補助核定前主動於申請文件內據實表明其身分關係，違反者，得處新臺幣5萬元以上50萬元以下罰鍰，並得按次處罰。

三、為協助補助申請人於申請本部補助案件時自我檢視是否符合利衝法相關規範，請申請人確實依據下列情形填寫本檢核表：

項次	自主檢核項目	檢核結果	法律規範
1	貴單位(法人、團體)是否有利衝法規範之公職人員擔任負責人、董事、獨立董事、監察人、經理人或相類似職務?	是 <input type="checkbox"/> /否 <input type="checkbox"/>	如補助案係採一、(二)款方式辦理，勾選結果其一為「是」，即需填寫「身分揭露表」。如補助案係以「非公開方式」辦理，勾選結果其一為「是」，即屬利衝法第14條禁止補助之行為態樣，不得進行補助行為(是否有一、(三)情形，得例外為補助行為需個案認定，並應填寫「身分揭露表」)。
2	貴單位(法人、團體)是否有利衝法規範之公職人員之配偶或共同生活之家屬擔任負責人、董事、獨立董事、監察人、經理人或相類似職務?	是 <input type="checkbox"/> /否 <input type="checkbox"/>	
3	貴單位(法人、團體)是否有利衝法規範之公職人員之二親等以內親屬擔任負責人、董事、獨立董事、監察人、經理人或相類似職務?	是 <input type="checkbox"/> /否 <input type="checkbox"/>	

受補助單位名稱：

填表人簽名或蓋章：

填表日期： 年 月 日

備註：

與本部業務往來時，適用利衝法第 2 條之「公職人員」範圍：

- 一、總統、副總統。
- 二、行政院正(副)院長、行政院正(副)秘書長、行政院政務委員。
- 三、立法委員、監察委員。
- 四、本部部長、政務次長、常務次長、主任秘書。
- 五、本部秘書處【專責承辦採購業務】、會計處【依會計法令辦理內部審核業務】與政風處之處長、副處長及科長。

利衝法第 3 條之「關係人」範圍：

- 一、配偶或共同生活之家屬。
- 二、二親等以內親屬。
- 三、公職人員、上述第一項與第二項所列人員擔任負責人、董事、獨立董事、監察人、經理人或相類似職務之營利事業、非營利之法人及非法人團體。但屬政府或公股指派、遴聘代表或由政府聘任者，不包括之。

二親等以內親屬關係如下：

血親：

- 一親等：父母、子女。
- 二親等：兄弟姊妹、(外)祖父母、(外)孫子女。

姻親：

- 一親等：子媳、女婿、繼父、繼母、公婆、岳父母、繼子、繼女、配偶之子媳、女婿。
- 二親等：兄嫂、弟媳、姐夫、妹夫、(外)孫子媳、(外)孫女婿、配偶之兄弟姐妹、配偶之(外)祖父母、配偶之(外)孫子女、配偶之兄嫂、弟媳、姐夫、妹夫、配偶之(外)孫子媳、(外)孫女婿。

一定金額定義：

指每筆新臺幣 1 萬元。同年度（每年 1 月 1 日起至 12 月 31 日止）同一補助對象合計不逾 10 萬元。

※除上述表列中之「公職人員」遇案須迴避外，其餘公務員雖非利衝法之規範對象，惟於執行職務時，涉及本人或關係人之利益，仍應注意公務員服務法、行政程序法等相關迴避規定。

**公職人員利益衝突迴避法第14條第2項
公職人員及關係人身分關係揭露表範本**

【A. 事前揭露】：本表由公職人員或關係人填寫

(公職人員或其關係人與公職人員服務之機關團體或受其監督之機關團體為獎助或交易行為前，應主動於申請或投標文件內據實表明其身分關係)

※交易或獎助對象屬公職人員或關係人者，請填寫此表。非屬公職人員或關係人者，免填此表。

表1：

參與交易或獎助案件名稱：	案號：	(無案號者免填)
本案獎助或交易對象係公職人員或其關係人：		
<input type="checkbox"/> 公職人員 (勾選此項者，無需填寫表2)		
姓名：	服務機關團體：	職稱：
<input type="checkbox"/> 公職人員之關係人 (勾選此項者，請繼續填寫表2)		

表2：

公職人員：		
姓名：	服務機關團體：	職稱：
關係人 (屬自然人者)：姓名		
關係人 (屬營利事業、非營利之法人或非法人團體)：		
名稱	統一編號	代表人或管理人姓名
關係人與公職人員間係第3條第1項各款之關係		
<input type="checkbox"/> 第1款	公職人員之配偶或共同生活之家屬	
<input type="checkbox"/> 第2款	公職人員之二親等以內親屬	稱謂：
<input type="checkbox"/> 第3款	公職人員或其配偶信託財產之受託人	受託人名稱：
<input type="checkbox"/> 第4款 (請填寫abc欄位)	a. 請勾選關係人係屬下列何者： <input type="checkbox"/> 營利事業 <input type="checkbox"/> 非營利法人 <input type="checkbox"/> 非法人團體	b. 請勾選係以下何者擔任職務： <input type="checkbox"/> 公職人員本人 <input type="checkbox"/> 公職人員之配偶或共同生活之家屬。姓名： <input type="checkbox"/> 公職人員二親等以內親屬。 親屬稱謂： (填寫親屬稱謂例如：兒媳、女婿、兄嫂、弟媳、連襟、妯娌) 姓名：
		c. 請勾選擔任職務名稱： <input type="checkbox"/> 負責人 <input type="checkbox"/> 董事 <input type="checkbox"/> 獨立董事 <input type="checkbox"/> 監察人 <input type="checkbox"/> 經理人 <input type="checkbox"/> 相類似職務：
<input type="checkbox"/> 第5款	經公職人員進用之機要人員	機要人員之服務機關： 職稱：
<input type="checkbox"/> 第6款	各級民意代表之助理	助理之服務機關： 職稱：

填表人簽名或蓋章：

(填表人屬營利事業、非營利之法人或非法人團體者，請一併由該「事業法人團體」及「負責人」蓋章)

備註：

填表日期： 年 月 日

此致機關：

※填表說明：

1. 請先填寫表1，選擇獎助或交易對象係公職人員或關係人。
2. 獎助或交易對象係公職人員者，無須填表2；獎助或交易對象為公職人員之關係人者，則須填寫表2。
3. 表2請填寫公職人員及關係人之基本資料，並選擇填寫關係人與公職人員間屬第3條第1項各款之關係。
4. 有其他記載事項請填於備註。
5. 請填寫參與交易或獎助案件名稱，填表人即公職人員或關係人請於簽名欄位簽名或蓋章，並填寫填表日期。

※相關法條：

公職人員利益衝突迴避法

第2條

本法所稱公職人員，其範圍如下：

- 一、總統、副總統。
 - 二、各級政府機關（構）、公營事業總、分支機構之首長、副首長、幕僚長、副幕僚長與該等職務之人。
 - 三、政務人員。
 - 四、各級公立學校、軍警院校、矯正學校校長、副校長；其設有附屬機構者，該機構之首長、副首長。
 - 五、各級民意機關之民意代表。
 - 六、代表政府或公股出任其出資、捐助之私法人之董事、監察人與該等職務之人。
 - 七、公法人之董事、監察人、首長、執行長與該等職務之人。
 - 八、政府捐助之財團法人之董事長、執行長、秘書長與該等職務之人。
 - 九、法官、檢察官、戰時軍法官、行政執行官、司法事務官及檢察事務官。
 - 十、各級軍事機關（構）及部隊上校編階以上之主官、副主官。
 - 十一、其他各級政府機關（構）、公營事業機構、各級公立學校、軍警院校、矯正學校及附屬機構辦理工務、建築管理、城鄉計畫、政風、會計、審計、採購業務之主管人員。
 - 十二、其他職務性質特殊，經行政院會同主管府、院核定適用本法之人員。
- 依法代理執行前項公職人員職務之人員，於執行該職務期間亦屬本法之公職人員。

第3條

本法所定公職人員之關係人，其範圍如下：

- 一、公職人員之配偶或共同生活之家屬。
 - 二、公職人員之二親等以內親屬。
 - 三、公職人員或其配偶信託財產之受託人。但依法辦理強制信託時，不在此限。
 - 四、公職人員、第一款與第二款所列人員擔任負責人、董事、獨立董事、監察人、經理人或相類似職務之營利事業、非營利之法人及非法人團體。但屬政府或公股指派、遴聘代表或由政府聘任者，不包括之。
 - 五、經公職人員進用之機要人員。
 - 六、各級民意代表之助理。
- 前項第六款所稱之助理指各級民意代表之公費助理、其加入助理工會之助理及其他受其指揮監督之助理。

第14條

公職人員或其關係人，不得與公職人員服務或受其監督之機關團體為補助、買賣、租賃、承攬或其他具有對價之交易行為。但有下列情形之一者，不在此限：

- 一、依政府採購法以公告程序或同法第一百零五條辦理之採購。
- 二、依法令規定經由公平競爭方式，以公告程序辦理之採購、標售、標租或招標設定用益物權。
- 三、基於法定身分依法令規定申請之補助；或對公職人員之關係人依法令規定以公開公平方式辦理之補助，或禁止其補助反不利於公共利益且經補助法令主管機關核定同意之補助。
- 四、交易標的為公職人員服務或受其監督之機關團體所提供，並以公定價格交易。
- 五、公營事業機構執行國家建設、公共政策或為公益用途申請承租、承購、委託經營、改良利用國有非公用不動產。
- 六、一定金額以下之補助及交易。

公職人員或其關係人與公職人員服務之機關團體或受其監督之機關團體為前項但書第一款至第三款補助或交易行為前，應主動於申請或投標文件內據實表明其身分關係；於補助或交易行為成立後，該機關團體應連同其身分關係主動公開之。但屬前項但書第三款基於法定身分依法令規定申請之補助者，不在此限。

前項公開應利用電信網路或其他方式供公眾線上查詢。

第一項但書第六款之一定金額，由行政院會同監察院定之。

第18條

違反第十四條第一項規定者，依下列規定處罰：

- 一、交易或補助金額未達新臺幣十萬元者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。
- 二、交易或補助金額新臺幣十萬元以上未達一百萬元者，處新臺幣六萬元以上五十萬元以下罰鍰。
- 三、交易或補助金額新臺幣一百萬元以上未達一千萬元者，處新臺幣六十萬元以上五百萬元以下罰鍰。

四、交易或補助金額新臺幣一千萬元以上者，處新臺幣六百萬元以上該交易金額以下罰鍰。前項交易金額依契約所明定或可得確定之價格定之。但結算後之金額高於該價格者，依結算金額。違反第十四條第二項規定者，處新臺幣五萬元以上五十萬元以下罰鍰，並得按次處罰。

衛生福利部審查評分表

案名：115-116年度「預防口腔衰弱之社區推廣先導計畫」

補助單位：

項次	審查項目	配分	評分
1	計畫內容是否符合本案需求及其完整性與合理性 (含執行方法、步驟之周詳及可行性、人力配置之適切性等)	35	
2	工作計畫期程、執行進度及期限規劃之合理性。 (含進度規劃、品質控制及保證措施等)	15	
3	組織專業執行能力、適當性與相關工作成果。 (含專業能力、相關計畫承辦經歷、工作小組組織規模、技術人力及過去辦理類似案件之經驗及執行能力)	20	
4	對本計畫案內容之掌握及瞭解程度等	10	
5	報價及經費組成內容之合理性分析	20	
評分合計數(總滿分：100分)			
意見：			
審查委員簽名		日期	年 月 日

註：1. 平均未達75分者，不得予以補(捐)助。

2. 簡報及詢答視需要辦理，並納入項次1評分

衛生福利部
115-116年度「預防口腔衰弱之社區推廣先導計
畫」
期中報告/期末成果報告



計畫執行期間：

執行單位：

計畫主持人：

計畫聯絡人：

聯絡電話/手機：

E-mail：

中華民國 年 月 日

壹、 績效指標執行情形

關鍵績效指標		評估標準	目標值 ^{註1} (A)	實際值 (B)	達成率 (C=B/A*100)
口腔機能評估團	數量				
	人數				
口腔機能評估團 教育訓練 ^{註2}	場次				
	人數				
接受評估之服務 對象	人數				
	人次				
個案追蹤率		複評個案數/評估 個案數×100%			
個案滿意度					
經費執行率		執行經費數/本部 核定經費數×100%			
(自訂指標：提出具體規劃，自行訂定及達成2項指標)					

(如篇幅不足，請自行增列)

註1：目標值請填報至116年12月31日之累計目標值。

註2：醫師、口腔機能評估相關專業人員

貳、 計畫執行期程 (以甘特圖表示)

參、 具體執行策略及方法

肆、 執行成果及效益

伍、 計畫執行困難、檢討、建議及改善方案

- 一、「績效指標」實際值未達目標值之檢討及改善策略。
- 二、請就執行過程遭遇之困難及改善建議予以說明。

陸、 其他檢附資料

口腔機能評估團教育訓練一覽表(範本)

受補助單位：○○○

資料區間：○年○月○日至○年○月○日

製表日期：○年○月○日

序號	課程日期	課程地點/地址	訓練人數 (需檢附簽到表)	講師姓名	核銷金額
1					
2					
3					
4					
5					

(如篇幅不足，請自行增列)

口腔機能評估團教育訓練簽到表(範本)

課程日期：

課程地點/地址：

講師姓名：

序號	姓名	身分證字號	簽到
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

(如篇幅不足，請自行增列)

社區口腔機能評估一覽表(範本)

受補助單位：

資料區間：○年○月○日至○年○月○日

製表日期：○年○月○日

編號	行政區	執行單位	執行日期	執行地點/ 地址	是否為牙 醫資源不 足區	執行人員 姓名	口腔衰弱評估					獎勵經費小計 (C=A+B)	
							口腔保健講 座人數(需 檢附清冊)	獎勵經費 (A)	口腔機能評估個案數(需檢附清冊)				獎勵經費(B)
									符合健保法 免部分負擔	一般個案	人數小計		
1	○○區	○○○○	○年○月○ 日										
2													
3													
4													
5													
6													
7													
合計													

(如篇幅不足，請自行增列)

製表人

覆核

會計人員

單位首長
(簽約代表人)

社區口腔機能評估清冊(範本)

序號	姓名	身分證字號	出生日期	身分別	評估日期	評估單位	疑似口腔衰弱評估	ETA-10 (分)	口篩表	TCI (%)	OHAT (分)	提供口腔機能促進練習教材
1			○年○月○日	<input type="checkbox"/> 符合健保法 免部分負擔 <input type="checkbox"/> 一般個案	○年○月 ○日		<input type="checkbox"/> OFI-8 : ____ <input type="checkbox"/> OF-5 : ____		<input type="checkbox"/> 完成			<input type="checkbox"/>
2			○年○月○日	<input type="checkbox"/> 符合健保法 免部分負擔 <input type="checkbox"/> 一般個案	○年○月 ○日		<input type="checkbox"/> OFI-8 : ____ <input type="checkbox"/> OF-5 : ____		<input type="checkbox"/> 完成			<input type="checkbox"/>
3			○年○月○日	<input type="checkbox"/> 符合健保法 免部分負擔 <input type="checkbox"/> 一般個案	○年○月 ○日		<input type="checkbox"/> OFI-8 : ____ <input type="checkbox"/> OF-5 : ____		<input type="checkbox"/> 完成			<input type="checkbox"/>
4			○年○月○日	<input type="checkbox"/> 符合健保法 免部分負擔 <input type="checkbox"/> 一般個案	○年○月 ○日		<input type="checkbox"/> OFI-8 : ____ <input type="checkbox"/> OF-5 : ____		<input type="checkbox"/> 完成			<input type="checkbox"/>

(如篇幅不足，請自行增列)

衛生福利部補助計畫收支明細表

受補助單位：

計畫名稱：115-116年度「預防口腔衰弱之社區推廣先導計畫」

補助年度：

核撥(結報)			第一次核撥日期	第二次核撥日期	第三次核撥日期	
			---年---月---日	---年---月---日	---年---月---日	
經費預算 核撥數			金額\$ 元	金額\$ 元	金額\$ 元	
			第一次餘(絀)數 金額\$ 元		第二次餘(絀)數 金額\$ 元	
第一次結報日期			第二次結報日期			
			---年---月---日			---年---月---日
項目			金額\$ 元	金額\$ 元		
			核定金額細項			
一、口腔機能評估團教育訓練費						
二、計畫協調暨個案管理追蹤費						
-人事費						
-業務費						
-管理費						
三、成立口腔機能評估團						
小計						
餘(絀)數						
備註			利息收入：\$ 元、其他衍生收入：\$ 元，(經費結報時，利息金額為300元以下者，得留存受補(捐)助單位免解繳本部；其餘併同其他衍生收入及結餘款，應於結報時解繳本部)。			

製表人

覆核

會計人員

單位首長

(簽約代表人)

衛生福利部衛生業務補（捐）助作業要點

109年9月29日修訂

- 一、為加強衛生福利部（以下簡稱本部）對衛生業務補（捐）助案件經費支用情形之管制、考核，俾提升補（捐）助業務效益，有效配置政府有限資源，特訂定本作業要點。
- 二、補（捐）助對象：學校、財團法人、醫療機構、民間團體及個人。
- 三、補（捐）助條件：符合本部推動之重要政策或施政重點之活動或計畫。計畫型補（捐）助案件，由主辦單位視業務性質另訂補充規定；活動或研討會等型式補（捐）助案件，每一申請單位每年以補（捐）助一次為原則。
- 四、補（捐）助經費用途及使用範圍：
 - （一）與辦理衛生業務相關活動或計畫者所需費用。
 - （二）補（捐）助經費之估算編列，依下列規定辦理：
 1. 人事費及業務費：依衛生福利部補（捐）助科技發展計畫經費編列基準及使用範圍。
 2. 行政管理費：
 - （1）適用於計畫型補（捐）助計畫。
 - （2）計算方式： $(\text{人事費} + \text{業務費} - \text{研究計畫主持人費} - \text{國外旅費}) \times 10\% + \text{設備費之管理費}$ 。
 - （3）設備費之管理費，最高以核列新臺幣十萬元為限。
 - （三）補（捐）助經費涉及採購事項，依政府採購法相關規定辦理。
- 五、補（捐）助案件，採公開徵求方式辦理，其相關資訊應於網際網路公開，徵選過程應符合公開、公平及公正原則。申請程序及應備文件如下：
 - （一）申請程序：
 1. 辦理衛生業務相關活動或研討會，申請單位應於辦理前一個月提出申請。
 2. 本部公開徵求案件，申請單位應依本部徵求計畫書所定內容辦理。
 - （二）補（捐）助案件之申請，應以書面檢附詳細計畫書，向本部提出；其屬團體者，應於函中載明立案登記之文號或證號。計畫書內容，應包括下

列事項：

1. 計畫名稱、目的、辦理方式、預期成果、經費需求及辦理期程。
2. 參與計畫人員之學經歷背景及佐證檔。
3. 以同一事由向二以上機關申請補（捐）助者，應據實列明全部經費內容、向各機關申請補（捐）助項目與金額。

前項申請如有隱匿或不實情事，本部應撤銷該補（捐）助，並以書面行政處分限期命其返還已撥付款項。

六、審查標準及作業程序：

（一）補（捐）助案件性質非屬委辦事項者，其審查依下列規定辦理：

1. 補（捐）助金額新臺幣五十萬元以下者，由補（捐）助案件主辦單位依權責自行審查。
2. 補（捐）助金額逾新臺幣五十萬元至新臺幣三百萬元以下者，由主辦單位邀相關領域學者專家及單位代表至少三人，以書面或會議方式審查，其中外聘學者專家至少一人。
3. 補（捐）助金額逾新臺幣三百萬元者，由主辦單位邀相關領域學者專家及單位代表至少五人，以書面或會議方式審查，其中外聘學者專家至少二人。
4. 配合本部政策特殊性或緊急性案件，得由主辦單位依權責自行審查後，專案簽報辦理。

（二）主辦單位就應由審查委員審查之案件，應製作審查表，併同計畫書送審查委員；其審查表應包含審查項目、經費、配分、審查意見及評分結果，其中經費項目所占總滿分之比率，不得低於百分之二十。

審查決議及標準如下：

1. 補（捐）助計畫之審查，應有委員總數二分之一以上出席，其決議應經出席委員過半數同意；其中外聘學者專家人數不得少於出席人數之三分之一。
2. 評分以一百分為滿分，平均未達七十五分者，不得予以補（捐）助。

（三）補（捐）助案件涉及派員出國者，由主辦單位依衛生福利部暨所屬機關

補（捐）助或委辦計畫派員出國審查原則辦理。

（四）主辦單位應依政府採購法關於利益迴避之規定辦理審查；外聘委員亦應符合衛生福利部暨所屬機關（構）聘請外部委員之利益衝突防範注意事項相關規定。

（五）補（捐）助案件審查結果，由主辦單位簽報部長核定；金額逾新臺幣五十萬元者，於簽報過程應知會政風處。

七、經核定補（捐）助之案件，由本部與接受補（捐）助者簽訂契約，依計畫實際執行進度撥款。但性質特殊經簽奉核准者，不在此限。契約書應約定下列事項：

（一）接受補（捐）助者應依審查後修正之計畫書內容確實執行，執行期間不得拒絕本部派員查核。

（二）接受補（捐）助者應依原訂用途支用補（捐）助經費。未依原訂用途支用或有虛報、浮報情事，應繳回該部分之補（捐）助經費，本部得依情節輕重對接受補（捐）助者停止補（捐）助一年至五年。

（三）接受補（捐）助者應於計畫約定之期限內，提出期末成果報告。

（四）執行成果審核及付款方式。

（五）接受補（捐）助辦理採購，其補（捐）助金額占採購金額半數以上且在新臺幣一百萬元以上者，依政府採購法相關規定辦理，並受本部監督。

（六）接受補（捐）助者之經費結報，檢附之支出憑證依政府支出憑證處理要點規定辦理，並詳列支出用途及全部實支經費總額；同一案件由二以上機關補（捐）助者，應列明各機關實際補（捐）助金額。

（七）受補（捐）助經費於補（捐）助案件結案時尚有結餘款，按補（捐）助比例繳回。

（八）受補（捐）助經費產生之利息或其他衍生收入應依衛生福利部補（捐）助款項會計處理作業要點辦理。

（九）補（捐）助經費之原始憑證經本部同意留存受補（捐）助單位者，辦理結報時，無須彙送本部，但應依會計法及政府會計憑證保管調案及銷毀應行注意事項規定妥善保存與銷毀。經發現未確實辦理者，本部得依情

節輕重對受補（捐）助單位停止補（捐）助一年至五年。

（十）受補（捐）助之民間團體及個人申請支付款項時，應依誠信原則對提出支出憑證之支付事實及真實性負責，如有不實，應負相關責任。

八、受補（捐）助單位經費請撥、支出憑證之處理及核銷程序，依衛生福利部補（捐）助款項會計處理作業要點規定辦理。

九、受補（捐）助案件之督導考核，依下列規定辦理：

（一）主辦單位應強化內部控制機制，訂定適當之績效衡量指標，作為辦理補（捐）助案件成果考核及效益評估之依據，並依契約規定事項，切實審核工作進度及經費支用明細，必要時得會同本部會計處及綜合規劃司進行經費支用明細之查證及補（捐）助工作績效之評估。

（二）主辦單位經審核發現補（捐）助者有違反契約規定事項之情形時，依契約相關規定處理，並列入紀錄。

（三）對於同一單位連續三年以上補助辦理同一類型業務者，主辦單位應將其列為執行成效及經費使用查核重點，於年度終了後進行執行成效考核（如附表），並於每年二月底前送本部綜合規劃司彙辦。

（四）對補（捐）助經費運用之考核，經發現成效不佳、未依補（捐）助用途支用、或有虛報、浮報情事，除應繳回該部分之補（捐）助經費外，本部得依情節輕重對受補（捐）助團體停止補（捐）助一年至五年。

十、受補（捐）助單位應將本部列為該受補（捐）助活動或計畫之指導單位。

十一、受補（捐）助單位於活動或計畫執行期間變更計畫內容、經費項目或執行期間，應以書面事先向本部提出申請。如申請延長執行期間，以不跨年度為原則。

十二、本部法定預算已明列補（捐）助對象及用途並經立法院審議通過者，不適用第五點規定。

十三、本部對民間團體及個人之補（捐）助，應依下列規定於機關網站首頁設置專區或便捷連結方式公開：

（一）依本要點規定訂定之作業規範及管考規定。

（二）非屬政府資訊公開法第十八條規定應限制公開或不予提供性質者，本部

會計處對核定之民間團體或個人之補（捐）助案件，包括補（捐）助事項、補（捐）助對象、核准日期及補（捐）助金額（含累積金額）等資訊，應按季於本部網站公開；本部管考結果（如附表），應於年度終了後三個月內公開。

十四、主辦單位應強化內部控制機制，對民間團體之補（捐）助資訊，應登載於民間團體補（捐）助系統（CGSS），並透過該系統查詢補（捐）助案件有無重複或超出所需經費等情形，作為辦理核定、撥款及核銷作業之參據。