



衛生福利部108年-109年辦理 水疱性表皮鬆懈症者特殊照護服務 試辦計畫

衛生福利部
108年7月18日

大綱

- 一、緣由
- 二、各縣市個案分布狀況
- 三、服務對象)
- 四、中央單位、縣市政府及服務單位分工
- 五、民眾如何申請服務
- 六、服務提供單位如何申請獎助
- 七、獎助項目及基準
- 八、經費撥付
- 九、計畫管考
- 十、其他注意事項

一、緣由

水疱性表皮鬆懈症患者(俗稱泡泡龍)出生時，即因皮膚異常脆弱、全身佈滿水疱、血疱，每天需耗費數小時進行換藥，照顧難度高，多半仰賴家庭照顧者照顧。為減緩家庭照顧者照顧壓力，本部推出「水疱性表皮鬆懈症者特殊照護服務試辦計畫」，由專業工作者到宅提供傷口照護及換藥服務，使家庭照顧者可使用喘息服務。

計畫期程：108年7月-109年12月



、各縣市個案分布狀況

領有健保署重大傷病證明第23類先天性水泡性表皮鬆懈症及第30類遺傳性表皮分解性水泡症者人數-依戶籍別統計

類型 縣市	第23類先天性水泡性表皮鬆懈症		第30類遺傳性表皮分解性水泡症		小計
	ICD-9-CM:757.39	ICD-10-CM:Q81.0~Q81.9、 Q82.8、Q82.9	ICD-9-CM:757.39	ICD-10-CM:Q81.9	
臺北市	4	—	6	—	10
新北市	8	—	8	—	16
宜蘭縣	2	—	—	4	6
桃園市	3	1	5	1	10
新竹市	2	—	1	—	3
新竹縣	1	—	3	—	4
苗栗縣	—	—	4	—	4
臺中市	5	1	6	—	12
彰化縣	2	—	4	—	6
南投縣	—	—	4	—	4
雲林縣	2	1	2	—	5
嘉義縣	—	—	3	—	3
嘉義市	1	—	—	—	1
臺南市	3	1	9	3	16
高雄市	6	—	13	1	20
屏東縣	3	1	1	—	5
花蓮縣	2	—	2	—	4
臺東縣	—	—	1	—	1
總計	44	5	72	9	130

備註：健保署重大傷病申請資料檔擷取截至108年5月31日。



三、服務對象

- 
1. 持有重大傷病證明，屬全民健康保險重大傷病項目第23類第1項先天性水泡性表皮鬆懈症，且註記就醫診斷之國際疾病分類代碼（ICD診斷編碼）為 757.39或Q81.0-81.9、Q82.8、Q82.9。
 2. 持有重大傷病證明，屬全民健康保險重大傷病項目第30類經本部公告之罕見疾病，且註記為遺傳性表皮分解性水疱症。
 3. 持有身心障礙證明且就醫診斷之國際疾病分類代碼（ICD診斷編碼）為757.39或Q81.9。



四、中央單位、縣市政府、服務單位分工

中央單位

- 1.計畫公告
- 2.經費補助
- 3.經費核銷

各縣市政府

- 1.個案受理窗口
- 2.媒合服務單位
- 3.計畫品管及輔導

服務提供單位

(居家護理所或醫療院所)

- 1.提供護理師到宅傷口照護服務
- 2.申請經費補助及核銷作業



五、民眾如何申請服務

民眾



戶籍所在地或居住所在地之直轄市、縣（市）長期照顧管理中心提出申請。

應備文件

- 1.申請表
- 2.重大傷病卡影本
- 3.身心障礙者手冊/證明影本
- 4.低收入戶卡影本
- 5.中低收入戶補助相關證明影本
- 6.其他相關證明文件



附件一+

縣(市)水痘性表皮鬆懈症者特殊照護服務補助申請表¹

進表日期 年 月 日

申請人基本資料	姓名 ^①									性別 ^②	☐ 男 ^③ ☐ 女 ^④	出生民國 年 月 日	前 年 月 日
	身份證字號										電話：() ^⑤		
	戶籍地 ^⑥												
	居住地 ^⑦												
福利身別 ^⑧	☐ 列冊低收入戶 ☐ 列冊中低收入戶 ☐ 符合中低收入老人生活津貼發給辦法第六條第一項第一款。 ☐ 符合中低收入老人生活津貼發給辦法第六條第一項第二款 ☐ 領有身心障礙者生活補助。 ☐ 一般戶 ^⑨												
申請資格	☐ 持有重大傷病證明，屬全民健康保險重大傷病項目第23類第1項先天性水泡性表皮鬆解症，且註記就醫診斷之國際疾病分類代碼（ICD 診斷編碼）為 757.39或Q81.0-81.9、Q82.8、Q82.9者。 ☐ 持有重大傷病證明，屬全民健康保險重大傷病項目第30類經本部公告之罕見疾病，且註記為遺傳性表皮皰疹性水疱症。 ☐ 持有身心障礙證明且就醫診斷之國際疾病分類代碼（ICD 診斷編碼）為757.39或Q81.9。⑩												
應備文件 ^⑪	自我檢查(已附者請打勾) ^⑫ 1. 申請表 ☐ 2. 低收入戶卡影本 ☐ 3. 重大傷病卡影本 ☐ 4. 中低收入戶補助相關證明影本 ☐ 4. 身心障礙者手冊/證明影本 ☐ 5. 其他相關證明文件 ☐												
注意事項	1. 服務對象同時段接受取得相同補助項目或醫療服務者，不予重複補助。 ^⑬ 2. 接受長照住宿式長期服務機構、老人福利機構、身心障礙福利機構（住宿機構）、兒童及少年福利機構或護理機構服務者，不予獎助。 ^⑭ 3. 若有低收入戶資格、領有中低收入戶老人生活津貼、入住機構及聘僱外籍看護工等異動，請主動通知照顧管理中心。 ^⑮ 4. 本中心對於以上情節定期追蹤，如有任何欺騙行為，除依規定追繳補助費用外，並依法處理。 ^⑯ 家屬(或主要照顧者)：姓名_____與申請人關係_____聯絡電話() _____ 聯絡資料：地址 _____ ◎我聲明已閱讀並了解申請表各節，同時證明在申請表內所填各項資料均是真實無誤，如有違反上述規定願負相關責任，如為代填，代填人也將表內事項詳告申請人。 ^⑰ 申請人簽章：_____代填人簽章：_____												



審核結果	☐ 准予補助 核准期間：自__年__月__日至__年__月__日 核准次數： ☐ 50次 ☐ 15次 ☐ 依核准期間按月份比例核算__次(四捨五入) 特殊照護費補助比率： ☐ 全額補助 ☐ 補助95% ☐ 補助84% ☐ 不予補助	
福利身分別	☐ 列冊低收入戶 ☐ 列冊中低收入戶 ☐ 符合中低收入老人生活津貼發給辦法第六條第一項第一款 ☐ 符合中低收入老人生活津貼發給辦法第六條第一項第二款 ☐ 領有身心障礙者生活補助 ☐ 一般戶	
類別	☐ 持有重大傷病證明，屬全民健康保險重大傷病項目第23類第1項先天性水疱性表皮鬆懈症，且註記就醫診斷之國際疾病分類代碼（ICD 診斷編碼）為 757.39或 Q81.0-81.9、Q82.8、Q82.9者。 ☐ 持有重大傷病證明，屬全民健康保險重大傷病項目第30類經本部公告之罕見疾病，且註記為遺傳性表皮分層性水疱症。 ☐ 持有身心障礙證明且就醫診斷之國際疾病分類代碼（ICD 診斷編碼）為757.39或Q81.9。	
服務提供單位		
簽辦欄：		
承辦人	督導	單位主管



縣(市)水泡性表皮鬆懈症者特殊照護服務補助核定結果通知書

一、申請者基本資料

姓名		出生年月日	
福利身分別	☐ 列冊低收入戶 ☐ 列冊中低收入戶 ☐ 符合中低收入老人生活津貼發給辦法第六條第一項第一款 ☐ 符合中低收入老人生活津貼發給辦法第六條第一項第二款 ☐ 領有身心障礙者生活補助 ☐ 一般戶		
連絡電話		行動電話	
居住地			

二、補助審核結果

審核結果	☐ 准予補助 核准期間：自__年__月__日至__年__月__日 核准次數： ☐ 50次 ☐ 15次 ☐ 依核准期間按月份比例核算__次(四捨五入) 特殊照護費補助比率： ☐ 全額補助 ☐ 補助95% ☐ 補助84% ☐ 不予補助
福利身分別	☐ 長照低收入戶 ☐ 長照中低收入戶 ☐ 一般戶
類別	☐ 持有重大傷病證明，屬全民健康保險重大傷病項目第23類第1項先天性水泡性表皮鬆懈症，且註記就醫診斷之國際疾病分類代碼（ICD 診斷編碼）為 757.39或 Q81.0-81.9、Q82.8、Q82.9者。 ☐ 持有重大傷病證明，屬全民健康保險重大傷病項目第30類經本部公告之罕見疾病，且註記為遺傳性表皮分解性水泡症。 ☐ 持有身心障礙證明且就醫診斷之國際疾病分類代碼（ICD 診斷編碼）為757.39或Q81.9。
服務提供單位	1、_____ 2、_____ 3、_____ _____ _____ _____

※注意事項：

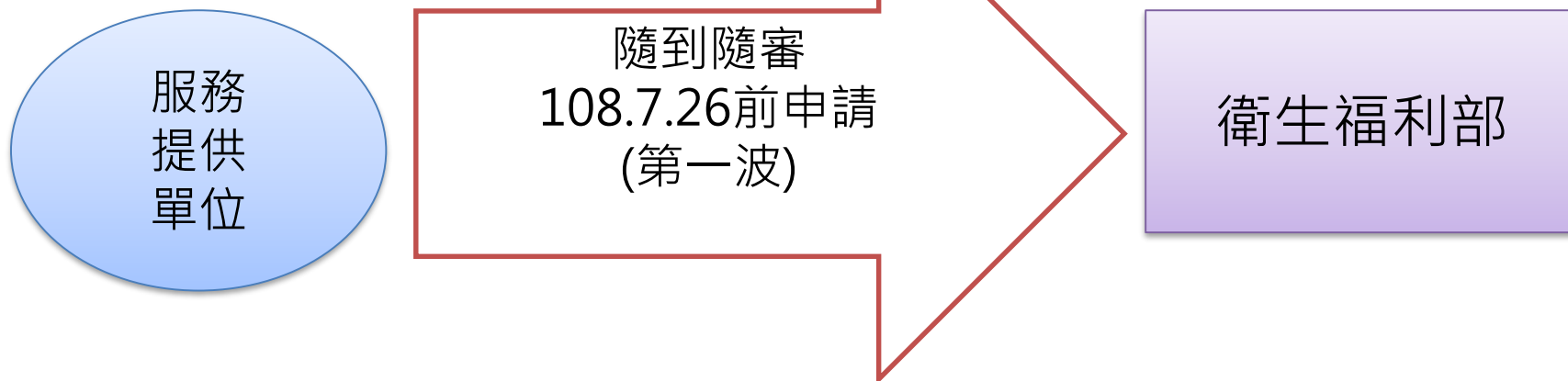
- 服務對象同時段接受取得相同補助項目或醫療服務者，不予重複補助。
- 接受長照住宿式長照服務機構、老人福利機構、身心障礙福利機構（住宿機構）、兒童及少年福利機構或護理機構服務者，不予獎勵。
- 若有低收入戶資格、領有中低收入戶老人生活津貼、入住機構及聘僱外籍看護工等異動，請主動通知照顧管理中心。
- 本中心對於以上情節定期追蹤，如有任何欺騙行為，除依規定追繳補助費用外，並依法處理。

中華民國 年 月 日

機關
用印



六、服務提供單位如何申請獎助



應備文件(一式兩份)

- 1.申請表
 - 2.計畫書
 - 3.專業服務人員名冊(含相關證照)
 - 4.最近一次全民健保特約契約影本
- *專業人員完成特殊照護訓練課程證明文件影本待完訓再後補。

註：計畫書內容，包括辦理方式、服務內容、人力配置、品質監督及調處機制、經費概算(分列108年及109年所需)、預期服務效益及服務契約範本。

服務提供單位

全民健康保險特約
之公、私立居家護
理所或醫療機構。

專業服務人員資格

完成經本部指定
「水疱性表皮鬆懈
症者」特殊照護訓
練課程，且執業登
記於居家護理所或
醫療機構之護理師。



衛生福利部長照服務發展基金獎助計畫申請表

申請單位							
會(地)址	(詳列鄉鎮市區村里鄰)				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							
預期效益							
(請填寫具體數據)							
計畫總經費				申請衛生福利部經費補助			
(單位：新臺幣元)							



七、獎助項目及基準

特殊照護費

- 每次服務費用2,500元。
- 依身分別部份負擔。
- 全額作為專業服務人員酬勞。
- 不得向服務對象另外收費。

行政費

- 每一服務人次500元。
- 作為服務單位行政管理及相關間接服務之用。



採服務對象個人年度
總額制，每人每年最
高獎助使用50次。

如有聘僱外籍家庭看
護工者，每人每年最
高獎助使用15次。

*未足年月，依月份
比例四捨五入。



補助次數內特殊照護費部分負擔表

身分別	衛生福利部補助比率	部分負擔比率
長照低收入戶	100% (2,500元)	0%
長照中低收入戶	95% (2,375元)	5% (125元)
一般戶	84% (2,100元)	16% (400元)



服務提供單位：

一、服務對象基本資料				
姓名		身分證 字號		出生年 月日
福利身分 別	☐ 列冊低收入戶。 ☐ 列冊中低收入戶。 ☐ 符合中低收入老人生活津貼發給辦法第六條第一項第一款。 ☐ 符合中低收入老人生活津貼發給辦法第六條第一項第二款。 ☐ 領有身心障礙者生活補助。 ☐ 一般戶。	服務 資格	☐ 持有重大傷病證明，屬全民健康保險重大傷病項目第23類第1項先天性水疱性表皮鬆懈症，且註記就醫診斷之國際疾病分類代碼（ICD 診斷編碼）為757.39或Q81.0-81.9、Q82.8、Q82.9者。 ☐ 持有重大傷病證明，屬全民健康保險重大傷病項目第30類經本部公告之罕見疾病，且註記為遺傳性表皮分離性水疱症。 ☐ 持有身心障礙證明且就醫診斷之國際疾病分類代碼（ICD 診斷編碼）為757.39或Q81.9。	
監護人/主要照顧人			關係	
戶籍地址				
居住地址				
照顧情形		☐ 家人自行照顧 ☐ 聘僱外籍看護工 ☐ 入住機構。		
主要就醫醫療院所				
聯絡電話	(H)	(O)	(行動電話)	
二、服務情形				
服務日期	服務時間起	服務時間迄	服務情形摘要說明	服務對象簽章

專業服務人員(簽章)：

業務主管(簽章)：



八、經費撥付及核銷(一)

特殊照護費

- 核定函文到一週申請，撥付至108年12月31日核定金額
- 109年1月31日前申請，撥付109年1月到6月核定金額。
- 109年6月30日前申領，撥付109年7月到12月核定金額。

採預撥

行政費

- 每季核銷

採覈實支付

核銷撥款

檢附領據、核定表影本，函送本部請領，本部確認後撥付。



八、經費撥付及核銷(二)

服務提供單位應設立專戶儲存長照服務
發展基金獎助經費，專款專用。



如未設立專戶，俟計畫執行完成後，核
銷時再辦理撥款事宜。

八、經費撥付及核銷(三)

4月30日

前季核銷

7月31日

前季核銷

10月31日

前季核銷

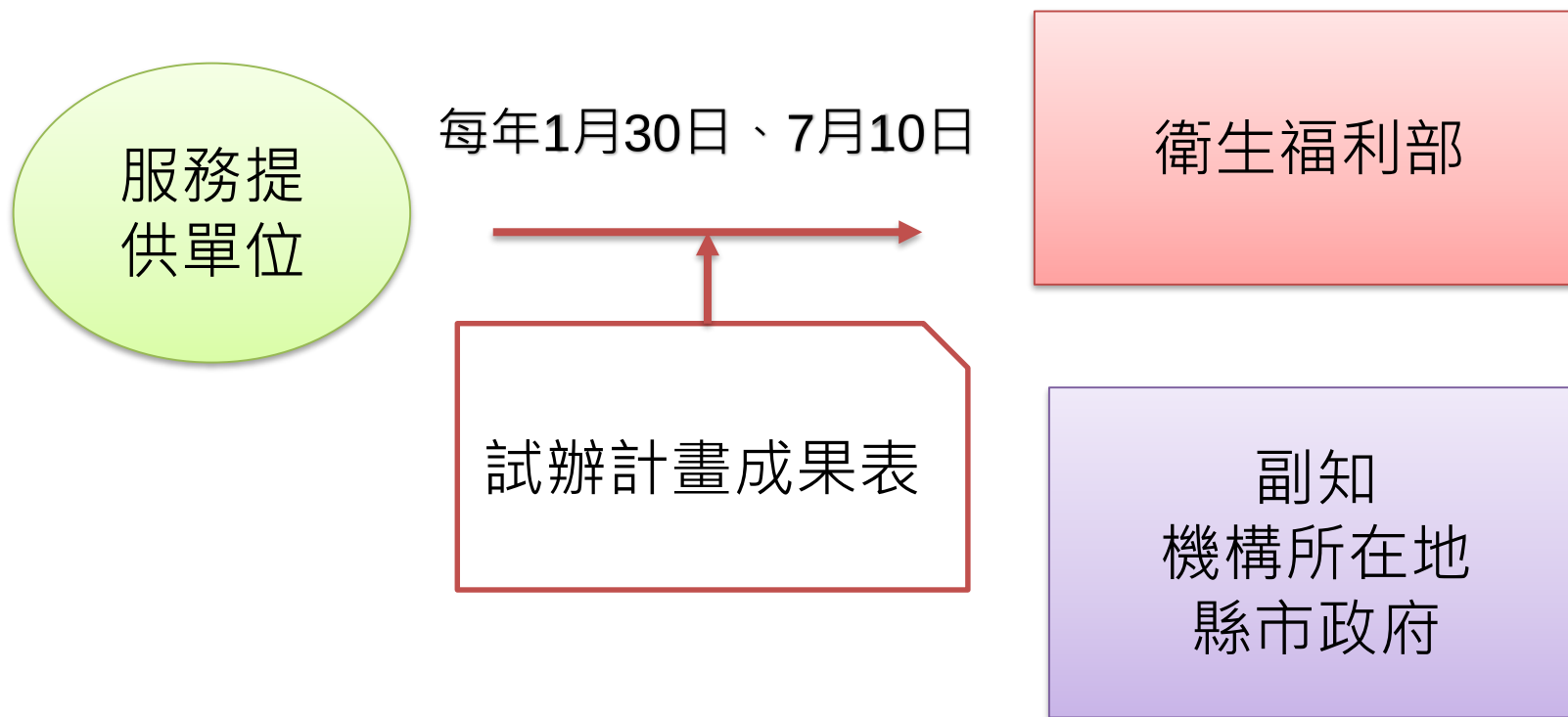
1月31日

年度核銷

核銷

檢具服務紀錄表影本、領據、核銷清冊及相關證明文件

九、計畫管考





水疱性表皮鬆懈症者特殊照護服務試辦計畫費用核銷清冊

單位：新臺幣元

服務提供單位：										
專業服務人員(簽章)：										
核銷月份：○年○月至○月										
項次	身分證字號	服務對象 姓名	福利身分別	特殊照護費						行政費
				服務日期	服務 次數	年度累計 使用次數	補助 金額	部分 負擔	小計	
1			長照低收入戶							
2			長照中低收入戶							
3										
4										
5										
6										
合計										

(一)特殊照護費業於____年____月____日預先撥付新臺幣_____元，本次核銷沖轉新臺幣_____元，

尚剩餘新臺幣_____元/尚須撥付新臺幣_____元。

(二)行政費需撥付新臺幣_____元。

製表人：

會計：

負責人：

備註：特殊照護費用，應全額作為提供服務之專業服務人員酬勞如以劃撥入帳撥付者，得檢附轉帳金融機構等之簽收或證明文件，免請受款人簽章。



服務提供單位					
獎助年度					
計畫名稱	108 年-109 年辦理水皰性表皮鬆懈症者特殊照護服務試辦計畫				
核撥 (結報)	第一次核撥日期 ---年---月---日	第二次核撥日期 ---年---月---日	第三次核撥日期 ---年---月---日	核撥數 合計	
	金額 \$	金額 \$	金額 \$	金額 \$	金額 元
經費預算 核撥數	第一次結報日期 ---年---月---日 金額 \$ 元				
特殊照護費					
行政費					
小計					
餘(純)數					
備註	1.繳回款：經常門 \$ 元 2.利息收入：\$ 元、其他衍生收入：\$ 元(經費結報時，利息金額為新臺幣 300 元以下者，得留存受獎助單位免解繳本部；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

負責人



(服務提供單位) ○年度辦理水疱性表皮鬆懈症者特殊照護服務試辦計畫成果表

統計時間：自○年○月○日至○年○月○日止

單位：人；新臺幣元

身分別		性別	獎助人數	服務次數	特殊照護費用(A)			行政費(B)	合計 (A+B)
					獎助金額	部分負擔	小計		
長照 低收入戶	列冊低收入戶	男							
		女							
	列冊中低收入戶	男							
		女							
	符合中低收入老人生活津貼發給辦法第六條第一項第一款	男							
		女							
長照中低收入戶	符合中低收入老人生活津貼發給辦法第六條第一項第二款	男							
		女							
	領有身心障礙者生活補助	男							
		女							
一般戶		男							
		女							
總計		男							
		女							
		合計							

承辦人：

負責人(業務主管)：

連絡電話：

請於應於每年1月10日及7月10日前，以電子郵件回傳本部彙整(承辦人：李小姐，lc0505@mohw.gov.tw)，並副知機構所在地之直轄市、縣(市)長期照顧管理中心。



十、其他注意事項

服務對象
自行負擔
耗材及醫
材

提供服務
前，應先
簽訂書面
契約

服務後製
作紀錄，
請服務對
象、家屬
或付費者
簽章

填報不實、
溢領補助
等情事，
縣市政府
以書面命
其返還

縣市政府
定期抽查
及提供輔
導



本部聯絡窗口

劉雅文小姐 02-8590-6254
吳宇婕小姐 02-8590-6264



衛生福利部
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

感謝聆聽

長照服務專線 **1966**
(前5分鐘免費)



衛生福利部
Ministry of Health and Welfare



長照2.0
我們照顧您