



衛生福利部

109 年度「居家護理機構設立補助計畫」
申請作業須知

中華民國 109 年 8 月

衛生福利部
109 年度「居家護理機構設立補助計畫」
申請作業須知

壹、依據

依據行政院 105 年 12 月 19 日院臺衛字第 1050037149 號函核定長期照顧十年計畫 2.0 及本部 106 年 6 月 3 日衛部照字第 1061561328 號函長期照顧服務資源發展獎助辦法辦理。

貳、背景說明

臺灣人口快速老化，截至 2018 年老年人口比率超過 14%，預估在 2026 年老年人口比率將超過 20%，依健保署統計指出 65 歲以上老人醫療費用約是一般人的 2-3 倍，醫療費用占整體約 40%。癌症為歷年十大死因第一位，因人口老化「安寧照護」備受關注與倡議；根據全球疾病負荷，台灣疾病型態以慢性病為主，特別是糖尿病、失智症日趨嚴重，如以失能與死亡合併計算，糖尿病則為台灣疾病負荷第 1 位。

從醫院護理人力流動分析發現，每 5 年約有 10% 護理人力從醫院離職，該等人員多為臨床經驗豐富之護理人員，因缺乏社區型執業模式，醫院離職後不再執行護理工作。全臺目前約有 305 家獨立型個人設置居家護理機構，但其護理執業人力占比(全國執業人數)卻不到 1%，對應社區照護需求明顯供給不足。依本部居家護理機構評鑑結果發現，個人設置居家護理機構之資源來源較為匱乏，但卻是最符合基層健康照護可近、可負擔及彈性的服務模式。

綜上，本計畫優先以癌症末期、糖尿病、失智症三項為優先議題，發展家庭照護模式，以提升照護品質。

參、計畫目的

- 一、 佈建居家護理機構，強化居家護理服務量能。
- 二、 建立家庭護理在基層健康照護之社區模式。
- 三、 提升癌症末期、糖尿病、失智症照護之品質與健康覆蓋率。

肆、計畫內容

- 一、 **計畫期程**：自計畫簽約起 12 個月（日曆天）止(109 年度為本計畫第 1 年；本部依執行績效評值(如加值服務對象問題之改善、降低不必要門診或住院次數、在地資源開發及資源網絡連結等)，評值內容將由本部另行公告，績優者第 2 年及第 3 年得提出申請，合計 3 年)。
- 二、 **申請期限**：於公告日起至 109 年 9 月 15 日止。
- 三、 **補助區域**：以村(里)、部落不重複原則為優先。
- 四、 **申請對象及條件**：
 - (一) **第一年：新設立「個人設置」之居家護理機構**
 1. 於公告日後，有意願依護理機構設置或擴充許可辦法等相關規定，設置居家護理機構者(即尚未取得開業許可)。
 2. 於公告日前或後，已依護理機構設置或擴充許可辦法等相關規定，取得地方政府許可開業之「個人設置」居家護理機構，且於開辦後尚未符合居家護理機構評鑑資格無法參加評鑑者。
 - (二) **第二年及第三年：延續計畫之居家護理機構**
 1. 已申請本計畫第 1 年，執行績效表現績優者，得延續申請補助第 2 年及第 3 年。
 2. 新設立「個人設置」之居家護理機構，於開辦後尚未符合居家護理機構評鑑資格無法參加評鑑者，得於開業後參加評鑑，如經評鑑合格，本部得賡續受理申請補助。倘因本部政策未辦理評鑑，將調整評鑑合格認定。
- 五、 **服務規範**：依本部規範在社區之家庭照護模式，提供癌症末期、糖尿病或失智症個案照護服務。
 - (一) **新設立及延續計畫之「個人設置」居家護理機構**

選擇單一（如癌症末期、糖尿病(有傷口)或失智症)或二類以上(含)類型者，每年應提供新個案照護服務，計 25 位；如擇定單一類型糖尿病(無傷口)者，每年應提供新個案照護服務，計 50 位(如表一)。

(二) 延續計畫之居家護理機構

除每年提供新個案照護服務外，針對舊個案(癌症末期、糖尿病、失智症)，應持續提供照護服務。

(三) 個案加值服務之家庭照護模式內涵，為：

1. 以人為本、家庭為單位及社區為導向，符合生命歷程與文化敏感，賦能個案及家庭照顧準備能力。
2. 調適疾病、失能或失智之生活模式，協調整合運用社區正式與非正式照護資源，如：整合健保與長照給付及社區其他資源，解決個案照護問題與家庭照護困境，賦能個案與家庭自我照顧能力，以改善個案與家庭生活品質。
3. 個案加值服務是以預防性照護為核心，增加個案與家庭之健康識能與自我照顧技能，如：糖尿病照護以預防截肢、失智症照護以預防家庭功能失調、癌症末期照護以症狀舒適與安寧善終等。

(四) 個案加值服務過程與方式，應以個案與家庭需要為主，並視其需求調整之。

(五) 個案加值服務之家庭照護模式實施前，應依本部所指定之相關訓練、會議、工作坊進行培訓，以達共識。

(六) 具規劃與醫院建立合作夥伴關係，以作為專業照護諮詢、訓練及協力合作之照護服務模式，以提升專業照護知能。

表一

| 編號 | 收案類型 | 個案數 | 訪視總次數(月) | 訪視總次數(年) | |
|----|-----------|--------|----------|----------|-----|
| 1 | 癌症末期 | 25 | 50 | 600 | |
| 2 | 糖尿病 | 1. 有傷口 | 25 | 50 | 600 |
| | | 2. 無傷口 | 50 | 50 | 600 |
| 3 | 失智症 | 25 | 50 | 600 | |
| 4 | 收案二類以上(含) | 25 | 50 | 600 | |

備註：如選擇 4. 收案二類以上(含)者，其收案類型應平均分攤，不可偏重某類型個案(如：收治糖尿病無傷口及失智症個案，二類個案數各約 12-13 位)。

伍、補助內容

一、補助型態及經費(如表二)

(一) 第一年：新設立「個人設置」之居家護理機構

1. 第一年申請本計畫之機構型態。
2. 以癌症末期、糖尿病、失智症照護等專業特色之家庭照護模式為主。
3. 可申請開辦設施設備費上限 25 萬元、儀器設備費、國內外教育訓練費(含研究所學位學程學雜費)及差旅費上限 50 萬元、個案增值服務費上限 50 萬元，最高補助計 125 萬元。
4. 設置區域屬山地鄉原住民族及第二、三級離島地區申請補助者，開辦設施設備費上限 50 萬元、儀器設備費、國內外教育訓練費(含研究所學位學程學雜費)及差旅費上限 70 萬元、個案增值服務費上限 50 萬元，最高補助計 170 萬元。

(二) 第二年及第三年：延續計畫之居家護理機構

已申請本計畫第 1 年，本部依執行績效表現績優者，得延續申請補助第 2 年及第 3 年；依第一年申請型態分類補助，如下：

1. 原以新設立「個人設置」之居家護理機構：繼續申請第 2 年及第 3 年者。
 - (1) 可申請維護費、國內外教育訓練費(含研究所學位學程學雜費)及差旅費上限 20 萬元、個案增值服務費上限 50 萬

元，最高補助計 70 萬元。

- (2) 設置區域屬山地鄉原住民族及第二、三級離島地區申請補助者，維護費、國內外教育訓練費(含研究所學位學程學雜費)及差旅費上限 30 萬元、個案加值服務費上限 50 萬元，最高補助計 80 萬元。

2. 前述補助項目額度如有調整，本部亦將另函公告。

表二、補助型態及經費

單位：萬元

| 年度 | 型態 | | 總經費 | 項目 | 經費 |
|--|--------------------------|-----------|---------------|--|-------------|
| 第 1 年 | 新設立 「個人設置」之居家護理 機構 | | 125 *(170) | 1. 開辦設施設備費 | 25 *(50) |
| | | | | 2. 儀器設備費、國內外 教育訓練費(含研究所學位 學程學雜費)及差 旅費 | 50 *(70) |
| | | | | 3. 個案加值服務費 | 50 *(50) |
| 第 2-3 年 | 延續計畫之居家 護理機構 | 原以 新設立 | 70 *(80) | 1. 維護費、國內外教育 訓練費(含研究所學位 學程學雜費)及差旅費 | 20 *(30) |
| | | | | 2. 個案加值服務費 | 50 *(50) |
| 備註：*()內經費係表示山地鄉原住民族及第二、三級離島地區申請總經費及各項經費上限 | | | | | |

二、補助項目

| 編號 | 補助項目 | 說明 |
|----|--------------|--|
| 1 | 開辦 設施設備費 | 1. 新設立「個人設置」之居家護理機構。 2. 辦理居家護理機構必要之設施設備，如修繕費、辦公廳舍設施設備費等。 |
| 2 | 儀器設備費 | 1. 新設立「個人設置」之居家護理機構亦可申請。 2. 以癌症末期、糖尿病、失智症照護等專業特色之家庭照護模式為主之專業評估儀器設備，如失智照護、足部護理等相關設備，亦可申請；此項設備之採購應與前述照護有關者為限。 |
| 3 | 國內外 教育訓練費 | 1. 新設立及延續計畫「個人設置」之居家護理機構皆可申請。 2. 依本部指定或認可之國內外教育培訓課程參訓(含研究所學位學程學雜費)，始得補助本項費用。 |

| 編號 | 補助項目 | 說明 |
|---|---------|--|
| 4 | 差旅費 | 1. 新設立及延續計畫「個人設置」之居家護理機構皆可申請。 2. 出席本部指定或認可之國內外教育培訓課程(含研究所學位學程)、工作坊、會議及政策事務等，始得補助本項費用。 |
| 5 | 維護費 | 1. 已申請本計畫第1年，依執行績效表現績優者之延續計畫之居家護理機構，得可申請補助第2、3年費用。 2. 實施本計畫所使用之儀器設備修繕費及養護費等。 |
| 6 | 個案加值服務費 | 1. 新設立「個人設置」之居家護理機構第1年至第3年，得可申請本項費用。 2. 癌症末期、糖尿病、失智症個案之服務規範(如肆、五、)，申報時應依本部規定填報相關個案照護評估與計劃等資料。 |
| 備註：開辦設施設備費及儀器設備費，每機構以補助一次為限，已領有本部或依其他法令規定之開業補助或獎勵(助)經費者，不得重複申請。 | | |

陸、補助計畫審查作業及相關事項

- 一、本補助計畫審查作業，由本部聘任專家學者，針對機構願景、社區評估、專業經驗、照護經驗及機構特色等面向進行審查。
- 二、得邀請申請單位針對本計畫進行口頭報告、意見交流及相關測驗等；本部將再另行通知。
- 三、本部將依審查評分結果決定計畫補助之優先順序，審查評分達75分(含)以上及於本年度經費預算內，列入補助；未達平均75分者，將不列入補助對象。
- 四、待審核完畢後將結果通知申請單位，核定通過者將辦理後續簽約事宜。

柒、申請方式

- 一、申請單位：由資深護理師、居家護理機構或籌備處向本部提出申請。
- 二、申請程序：
 - (一)申請單位應檢具公文函，並於受理截止日前(以郵戳為憑)向本部提出申請。
 - (二)收件期限：於公告日起至109年9月15日止。
 - (三)申請計畫書格式：應以A4大小直式橫書及雙面印刷(中文字型標楷體，英文字型Times New Roman，標題字體大小16級，內文

字體大小 14 級，行高 16-21pt，與前段距離 0.5 列等為原則），並請務必標示頁碼，申請計畫書之撰寫應力求詳盡完整，所送申請計畫書(附件 1)及相關附件資料須完備。可於本部網頁(網址：<http://www.mohw.gov.tw>，路徑：首頁→最新消息→公告訊息)下載。申請計畫書應以 3 年作為規劃，亦應包含：

1. 綜合資料【含申請單位名稱(全銜)、設立地址(含鄉、鎮、區、村、里或部落)、許可設立及開業日期等】
2. 機構願景
3. 社區評估
4. 專業經驗
5. 照護經驗
6. 機構特色
7. 經費申請
8. 預期效益
9. 其他資料(含申請單位許可設立函、開業執照(函)、機構負責人履歷表、護理師證書、工作年資證明、教育培訓證明、評鑑合格證書等)

三、受理方式：

- (一) 請將公文函、申請計畫書、設立許可函或開業執照(函)等相關證明文件影本，按次序裝訂成冊，製作 1 式 10 份、USB 或光碟片(內含申請計畫書 Word 及 PDF 電子檔、經費明細表 Excel 電子檔)1 份，以書面密封，寄送申請案件之外包裝上請註明申請「109 年度居家護理機構設立補助計畫」及申請單位名稱、地址、連絡電話，以郵遞送達本部(投遞地址：11558 臺北市南港區忠孝東路 6 段 488 號 7 樓，護理及健康照護司 收)，以利收發人員辨識，逾時概不受理。
- (二) 申請計畫書與相關證明文件資料，不予退還。

捌、經費請領、撥付及核銷原則

- 一、本計畫分二期撥付款項，如下：

(一) 第一期款：計畫及經費明細表核定後。

1. 尚未向地方政府提出申請設立許可者：應於本部發文日起 6 個月內，檢附設立許可、開業證明(新設立「個人設置」之居家護理機構)及領據，且經本部簽約後，予撥付核定金額百分之七十。
2. 向地方政府提出申請設立許可之新設立「個人設置」之居家護理機構：應於本部發文日起 3 個月內，檢附設立許可、開業證明(新設立「個人設置」之居家護理機構)及領據，且經本部簽約後，予撥付核定金額百分之七十。
3. 已取得地方政府設立許可之「個人設置」居家護理機構：應於本部發文日起 2 個月內，檢附設立許可、開業證明(新設立「個人設置」之居家護理機構)及領據，且經本部簽約後，予撥付核定金額百分之七十。
4. 其餘機構：應本部發文日起於 1 個月內，檢具開業證明及領據，且經本部簽約後，予撥付核定金額百分之七十。

(二) 第二期款：於計畫結束時，應檢具領據、收支明細表與核銷清單(一式二份)、契約書影本與經費明細表影本(一式二份)、個案加值服務執行表、個案加值服務執行成果表及原始憑證、成果報告【內容至少應含照護品質指標成效與差異性分析(含與健保及長照使用者之差異性分析比較)與購置設備】與電子檔(Word 及購置設備圖檔) 1 式 8 份，並以正式公文函送本部，並俟成果報告經本部同意備查後，再予撥付餘款(以核定金額百分之三十為限)。

二、本計畫經費核銷：應於計畫當年度結束及執行結束時，依契約書第六條規定繳交相關核銷資料，並以正式公文函送本部辦理核銷。

三、本部為瞭解補助經費之執行情形，必要時得派員或會同有關機關對受補助對象進行實地輔導、勘查或查核；如受補助對象拒絕查核，本部將停止補助，並且該單位須繳回已撥付之補助金額。

玖、受補助對象應配合事項

- 一、為強化居家護理所之專業性及建構家庭照護模式，應積極參與本部所指定教育培訓及會議等活動，計畫推動過程的所有事務之參與度、配合度及文件繳交時效性、完整度及正確度等，本部亦將登錄所有參與情形，以作為是否延續第 2-3 年補助之參考依據。
- 二、本計畫規範之申請計畫書於執行過程，將轉化為資訊系統，受補助單位須配合填報相關資料。
- 三、受補助單位於申請撥款時，應依規範檢附相關證明文件，始得撥付；倘於撥付經費時尚未取得相關證明文件，則將視為放棄受補助資格。
- 四、經核定受補助對象，有下列情形之一，本部得撤銷或廢止其核定，並不得申請撥款；如已撥款者，視其情節，得要求全額繳回或核扣部分補助款，經限期繳回仍不履行者，將依法移送強制執行。
 - (一) 經營年限為補助年限 2 倍(如補助 1 年，須經營 2 年；補助 2 年，須經營 4 年，…以此類推)；接受本部補助之執行單位於規範經營年限內，不得主動辦理停業、歇業，或經主管機關依相關法規規定予以停業、廢止其設立許可，違者應返還全額獎助金。
 - (二) 申請計畫書或相關文件不實者。
 - (三) 未符合審查通過之計畫內容。
 - (四) 虛報、重複申請或浮報經費款項者。
 - (五) 違反核定計畫或其他法令規定者。
- 五、已領有本部或依其他法令規定之開業補助或獎勵(助)經費者，不得重複申請本計畫補助款。
- 六、補助對象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分關係揭露表」，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。
- 七、本計畫申請說明相關規定如有未盡事宜，應依照本部「長期照顧服務資源發展獎助辦法」、「長照服務發展獎助作業要點」及「衛生福利部補捐(助)款項會計處理作業要點」等規定辦理。
- 八、本部亦將視業務需要，隨時以公文書補充或修正相關規定，並視同為契

約內容。

如有任何疑問，請洽本部護理及健康照護司。(電話：02-85906666 轉 7125、7123、7124，電子郵件：nhh@mohw.gov.tw)。



衛生福利部

109年度「居家護理機構設立補助計畫」

申請計畫書

申請單位名稱

申請計畫書附件

衛生福利部補助申請計畫書

計畫名稱：109 年度「居家護理機構設立補助計畫」

申請單位：○○○○○居家護理所

機構負責人：(同計畫主持人)

計畫主持人：(同機構負責人)

計畫聯絡人：

聯絡電話：

傳真電話：

E-mail：

手機：

申請日期： 109 年 月 日

目錄

- 壹、 綜合資料【含申請單位名稱（全銜）、設立地址(含鄉、鎮、區、村、里或部落)、許可設立及開業日期等】
- 貳、 機構願景
- 參、 社區評估
- 肆、 專業經驗
- 伍、 照護經驗
- 陸、 機構特色
- 柒、 經費申請
- 捌、 預期效益
- 玖、 其他資料(含申請單位許可設立函、開業執照(函)、機構負責人履歷表、護理師證書、工作年資證明、教育培訓證明、評鑑合格證書等)

衛生福利部

109 年度「居家護理機構設立補助計畫」申請計畫書

壹、綜合資料

計畫編號：

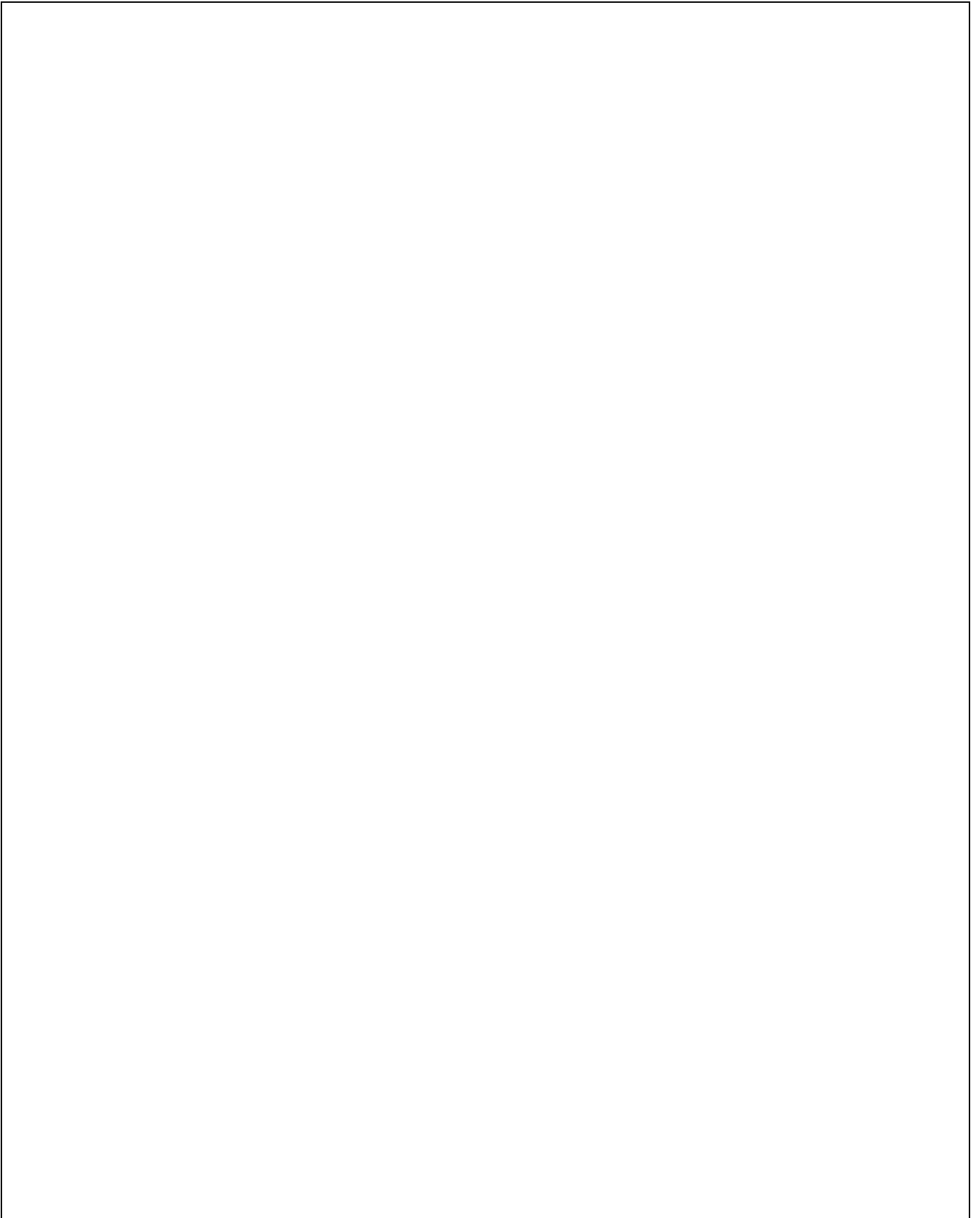
| | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|------------|----------|----------|--|----------|------------|
| 計畫名稱 | 109 年度「居家護理機構設立補助計畫」 | | | | | | |
| 申請機構 | ○○○○○居家護理所（全銜） | | | | | | |
| 設立地址 | （包含縣(市)、鄉鎮市、區村(里)、部落） | | | | | | |
| 設立許可 | ○○○年○○月○○日 | | | | | | |
| 開業日期 | ○○○年○○月○○日 | | | | | | |
| 補助型態 | <input type="checkbox"/> 新設立「個人設置」之居家護理機構（ <input type="checkbox"/> 尚未申請設立許可； <input type="checkbox"/> 申請設立許可中； <input type="checkbox"/> 已取得設立許可； <input type="checkbox"/> 已取得開業執照） <input type="checkbox"/> 延續計畫之居家護理機構 | | | | | | |
| 評鑑結果 | <input type="checkbox"/> 未接受過評鑑 <input type="checkbox"/> 已接受過評鑑；評鑑合格，年度：○○○年 | | | | | | |
| 機構負責人經歷 | 工作年資 | ○○○年 | | 專科護理師資格 | <input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 項目 | 申請金額 (元) | 經 費 編 列 | | | | | |
| | | 開辦 設施設備 | 儀器 設備 | 教育 訓練 | 國內 旅費 | 國外 旅費 | 個案 增值服務 |
| 合計 | | | | | | | |
| 機構 負責人 | (同計畫主持人) | 職稱 | | 電話 | | 手機 傳真 | |
| e-mail | | | | 連絡地址 | | | |
| 計畫 主持人 | (同機構負責人) | 職稱 | | 電話 | | 手機 傳真 | |
| e-mail | | | | 聯絡地址 | | | |
| 計畫 連絡人 | | 職稱 | | 電話 | | 手機 傳真 | |
| e-mail | | | | 聯絡地址 | | | |
| 本計畫確未向其他單位申請補助案，如有不實，除繳回補助款外，並願負相關責任。 | | | | | | | |
| 主持人簽名：_____ | | | | | | | |

貳、機構願景

(請闡明貴機構之規劃與願景，加以論述與衛生、社福單位照護資源之合作網絡架構。另規劃與醫院建立合作夥伴關係，以作為專業照護諮詢、訓練及協力合作之照護服務模式，以提升專業照護知能。)

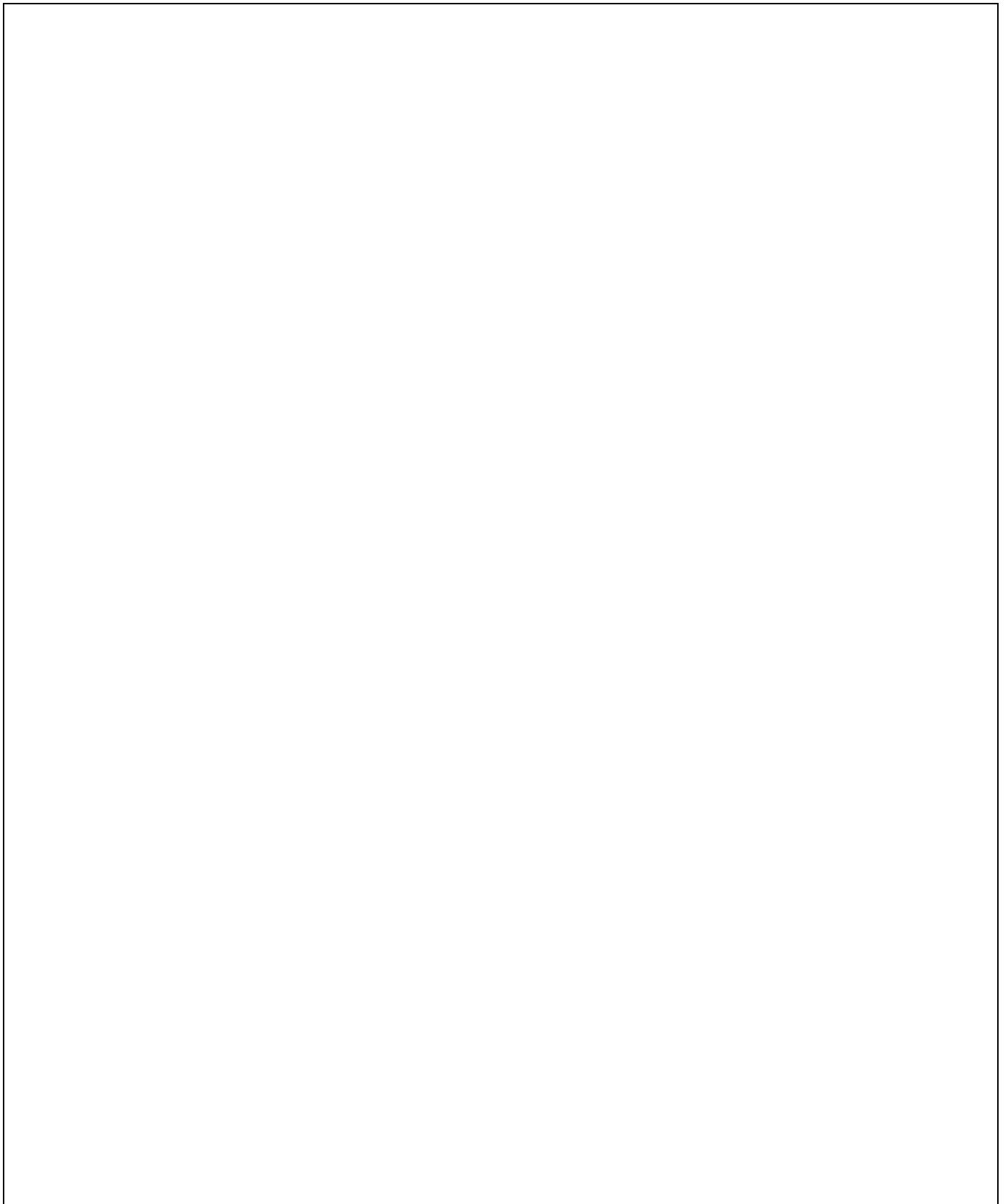
(如篇幅不足，請自行複製)

參、社區評估



(如篇幅不足，請自行複製)

肆、專業經驗



(如篇幅不足，請自行複製)

伍、照護經驗

(如篇幅不足，請自行複製)

陸、機構特色

A large empty rectangular box with a thin black border, occupying most of the page. It is intended for the user to provide details about the '陸、機構特色' (Institutional Features) section.

(如篇幅不足，請自行複製)

柒、經費申請

下列範例供參：

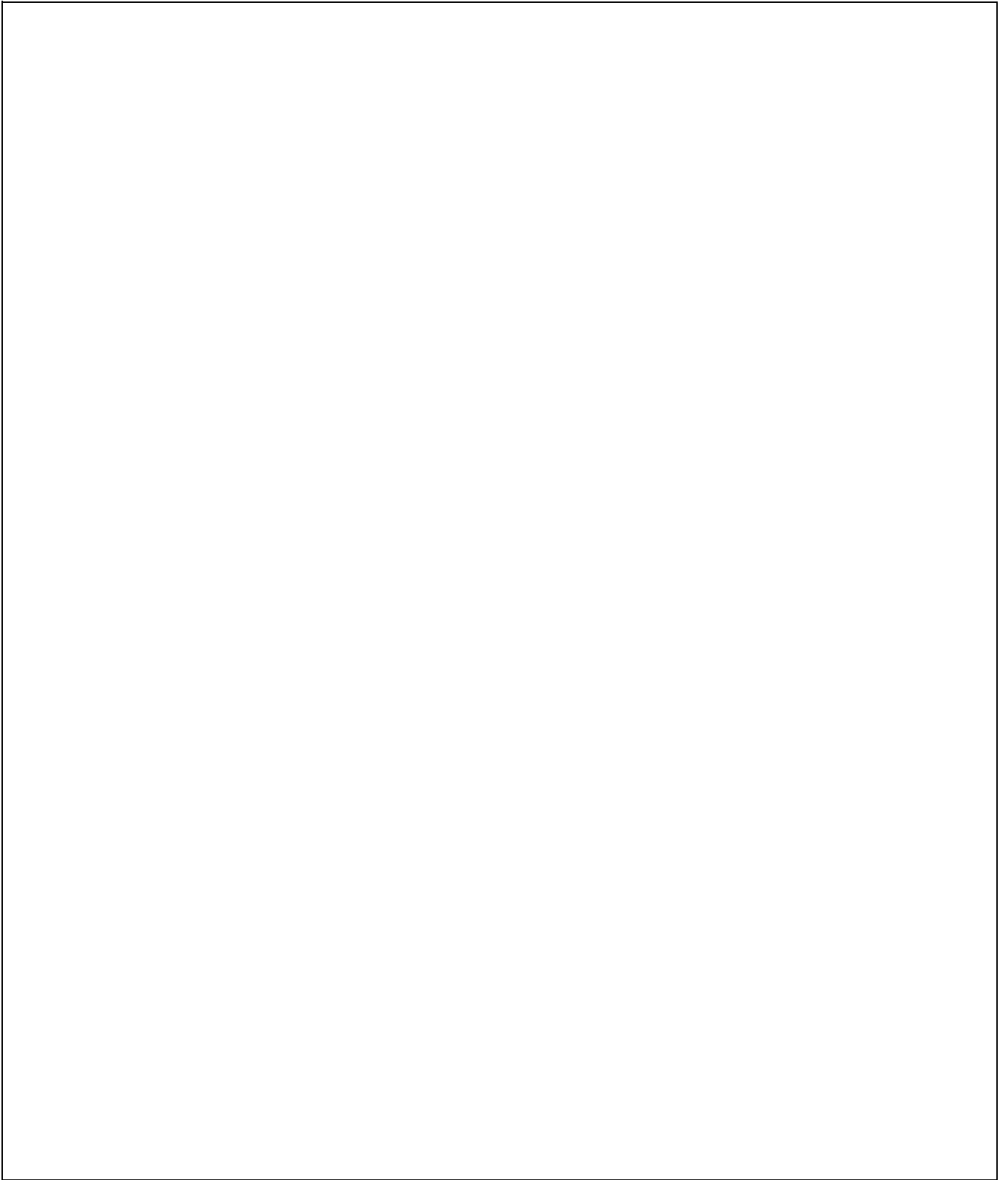
| 109 年度「居家護理機構設立補助計畫」經費明細表 | | | | |
|---------------------------|----|----|------|--|
| 項目 | 單價 | 數量 | 經費估算 | 說明 |
| 設備費 | | | | |
| 開辦設施設備費 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 儀器設備費 | | | | |
| | | | | |
| 合計 | | | | |
| 業務費 | | | | |
| 國內教育訓練費 | | | | 依衛生福利部指定或認可之國內外教育培訓課程參訓，如：癌症末期、糖尿病(有傷口)或失智症照護等相關教育訓練，預估 10,000 元*○場=○○○元 |
| 國外教育訓練費 | | | | |
| 國內差旅費 | | | | 參與本計畫教育訓練、會議、工作坊等所需差旅費(含交通費、住宿費及雜費)，將參照國內出差旅費報支要點規定，覈實支給，估計 2,000 元*○次 |
| 國外差旅費 | | | | |
| 個案增值服務費 | | | | 本機構執行計畫個案增值服務，主要以提供癌症末期、糖尿病、失智症家庭照護模式為主 |
| 合計 | | | | |
| 總計 | | | | |

備註：

1. 經費編列內容應具備提供癌症末期、糖尿病、失智症照護等儀器設備費之相關性及合理性，且說明預計購置設施項目與用途。
2. 請再製作一份經費明細表(Excel 檔)

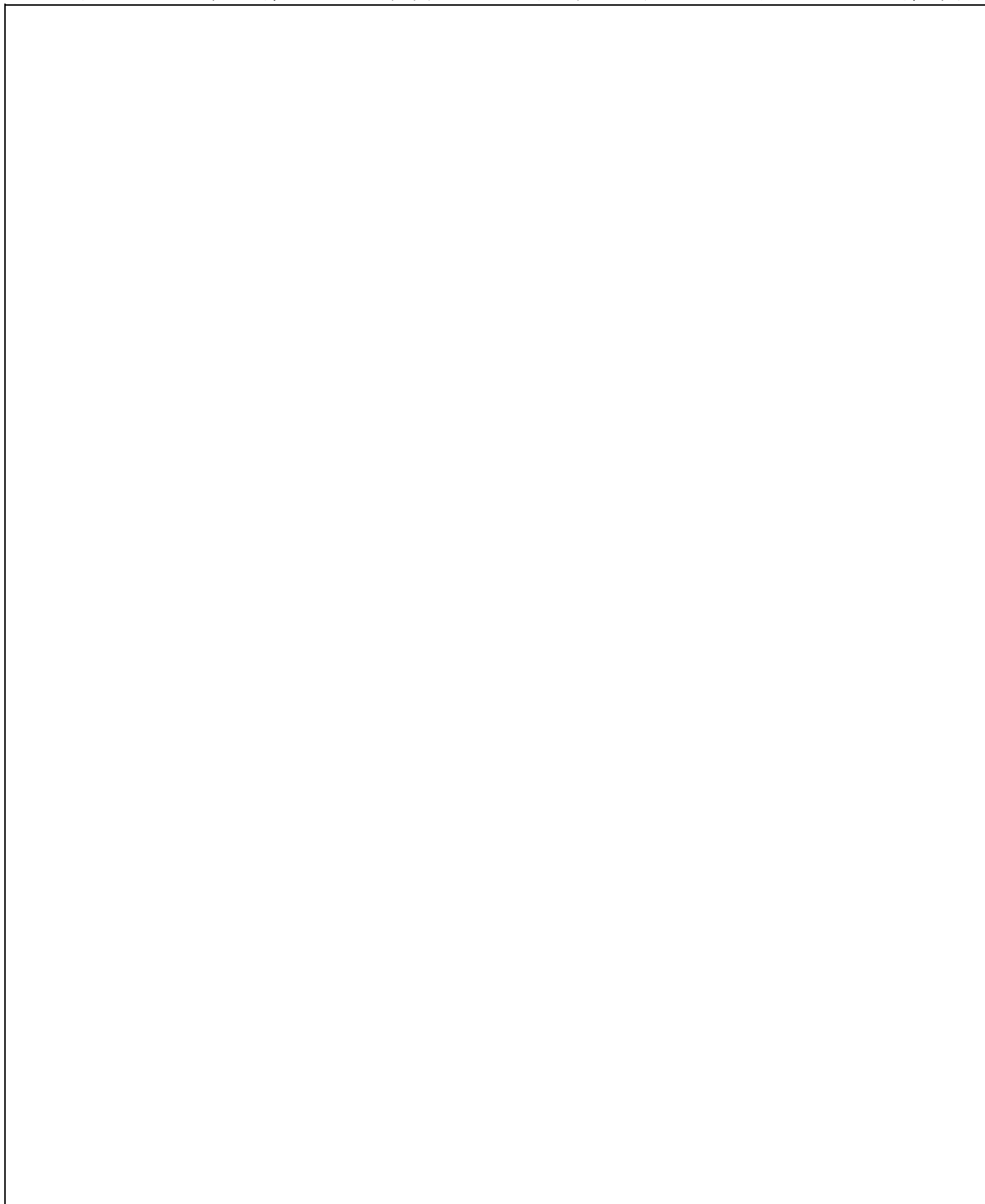
(如篇幅不足，請自行複製)

捌、預期效益

A large empty rectangular box with a thin black border, occupying most of the page. It is intended for the user to provide details regarding the expected benefits.

(如篇幅不足，請自行複製)

玖、其他資料(含申請單位許可設立函、開業執照(函)、機構負責人履歷表、護理師證書、工作年資證明、教育培訓證明、評鑑合格證書等)



(如篇幅不足，請自行複製)

109 年度「居家護理機構設立補助計畫」機構負責人履歷表

| | | | | |
|----------------------|--|-------|-------------|------|
| 姓名 | ○○○ 先生/女士 | 身分證字號 | B○○○○○○○○○○ | |
| 連絡電話 | ○○-○○○○○○○○ | 手機號碼 | ○○○○○○○○○○ | |
| 聯絡地址 | 郵遞區號-(包含縣(市)、鄉鎮市、區村(里)、部落) | | | |
| 電子信箱 | | | | |
| 學歷 | 學校名稱 | 系所 | 修業期間 | 畢業年度 |
| 博士 | | | ○年至○年 | 民國○年 |
| 碩士 | | | ○年至○年 | 民國○年 |
| 大學 | | | ○年至○年 | 民國○年 |
| 專科 | | | ○年至○年 | 民國○年 |
| | | | | |
| 工作經歷 | 單位 | 職稱 | 工作內容(含科別) | 年資 |
| 現職 | | 專科護理師 | | ○年○月 |
| 經歷 | | 護理師 | | ○年○月 |
| 經歷 | | 護理師 | | ○年○月 |
| 經歷 | | 護理師 | | ○年○月 |
| 經歷 | | 護理師 | | ○年○月 |
| 經歷 | | | | |
| 合計 | | | | |
| 專長領域 | 護理、長照、政策 | | | |
| 專業證書 | <input type="checkbox"/> 護理師證書；日期文號_____ <input type="checkbox"/> 專科護理師證書；日期文號_____ <input type="checkbox"/> 其他_____；日期文號_____ | | | |
| 其他資格 | <input type="checkbox"/> 公務人員 <input type="checkbox"/> 具有教育部審定講師級(含)以上資格_____ <input type="checkbox"/> 現(曾)任主管機關相關職務_____ | | | |
| 有關本履歷內容如有不實，將願負相關責任。 | | | | |
| 填表人簽名：_____ | | | | |

衛生福利部 109 年度辦理「居家護理機構設立補助計畫」

經費編列基準說明

| 項目名稱 | 說明 | 編列標準 |
|---------|--|------------------------|
| 開辦設施設備費 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 新設立「個人設置」之居家護理機構。 2. 辦理居家護理機構必要之設施設備，如修繕費、辦公廳舍設施設備費等。 3. 實施本計畫所需軟硬體設備之購置與裝置費用（須單價一萬元以上且使用年限二年以上者）。此項設備之採購應與計畫直接有關者為限。 4. 所擬購置之軟硬體設備應詳列其名稱、數量、單價及總價，並依政府採購法及其相關規定辦理。 | 修繕費：每平方公尺編列標準 8,700 元。 |
| 儀器設備費 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 新設立「個人設置」之居家護理機構亦可申請。 2. 以癌症末期、糖尿病、失智症照護等專業特色之家庭照護模式為主之專業評估儀器設備，如失智照護、足部護理等相關設備，亦可申請；此項設備之採購應與前述照護有關者為限。 3. 實施本計畫所需軟硬體設備之購置與裝置費用（須單價一萬元以上且使用年限二年以上者）。此項設備之採購應與計畫直接有關者為限。 4. 所擬購置之軟硬體設備應詳列其名稱、數量、單價及總 | |

| | | |
|-----------------|---|--|
| | 價，並依政府採購法及其相關規定辦理。 | |
| 國內外教育訓練費 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 新設立及延續計畫「個人設置」之居家護理機構皆可申請。 2. 依本部指定或認可之國內外教育培訓課程參訓，始得補助本項費用。 | |
| 國內差旅費 | <p>實施本計畫所需之相關人員及出席專家之國內差旅費。</p> <p>差旅費分為交通費、住宿費、雜費等。</p> <p>出席專家如係由遠地前往（三十公里以外），受補（捐）助單位得衡酌實際情況，參照國內出差旅費報支要點規定，覈實支給交通費及住宿費。</p> <p>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>依「國內出差旅費報支要點」規定辦理，差旅費之編列應預估所需出差之人天數並統一以二千元/人天估算差旅費預算。</p> <p>於距離受補（捐）助單位三十公里以內之地區洽公者，不得申報出差旅費。</p> |
| 國外差旅費 | <p>獎助計畫以參加國外教育訓練為限，應另提出國計畫書，併獎助計畫書審查。各項補（捐）助計畫之派員出國案，均應詳實記載其活動進展與成效，並併入補（捐）助計畫成果報告中。</p> | <p>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」規定辦理（核實報支）。經費補助項目包括往返機票、出國期間生活費及出席會議之註冊費：</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 機票費之補助，以由國內至國外工作地點最直接航程之經濟艙飛機票計支為原則。 (2) 生活費依據「國外出差旅費報支要點」規定計支。 (3) 出席會議之註冊費採核實報支。 |

| | | |
|---|--|--|
| <p style="text-align: center;">維護費</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. 已申請本計畫第 1 年，依執行績效表現績優者之延續計畫之居家護理機構，得可申請補助第 2、3 年費用。 2. 實施本計畫所使用儀器設備所需之修繕及養護費用。 | |
| <p style="text-align: center;">個案加值服務費</p> | <p>新設立「個人設置」之居家護理機構第 1 年至第 3 年，得可申請本項費用。</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. 針對癌症末期、糖尿病、失智症個案提供照護服務。 2. 選擇單一（如癌症末期、糖尿病(有傷口)或失智症)或二類以上(含)類型者，每年應提供新個案照護服務，計 25 位，以每位 20,000 元/年計算費用；如擇定單一類型糖尿病(無傷口)者，每年應提供新個案照護服務，計 50 位，以每位 10,000 元/年計算費用。最高補助上限 50 萬元。 3. 每位每年至少須訪視 12 次，未達前述訪視次數者，個案加值服務費按比例計算。 4. 有關癌症末期、糖尿病、失智症個案之服務規範(如肆、五、)，申報時應依本部規定填報相關個案照護評估與計劃等資料。 |

衛生福利部補助計畫收支明細表

受補助單位：○○○○○居家護理所(請填受補助單位全稱)

補助年度：109 年度

計畫名稱：109 年度居家護理機構設立補助計畫

| 核撥 (結報) | 第一次核撥日期 109 年 月 日 | 第二次核撥日期 109 年---月 ---日 | |
|-------------|---|--|------------------------|
| | 金額 \$ 元 | 金額 \$ 元 | |
| | | 第一次餘(絀)數 金額 \$ 元 | 第二次餘(絀)數 金額 \$ 元 |
| 經費預算核 | 第一次結報日期 ----年---月---日 金額 \$ 元 | 第二次結報日期 ----年---月---日 金額 \$ 元 | |
| 1. 開辦設施設備費 | | | |
| 2. 儀器設備費 | | | |
| 3. 國內外教育訓練費 | | | |
| 4. 國內差旅費 | | | |
| 5. 國外差旅費 | | | |
| 6. 個案加值服務費 | | | |
| 7. 維護費 | | | |
| 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)

衛生福利部補助計畫收支明細表核銷清單

受補助單位：○○○○○居家護理所(請填受補助單位全稱)

年 度：109 年度

計畫名稱：109 年度「居家護理機構設立補助計畫」

單位：元

| 項目名稱 | 核定數 | 第一次核銷數 | 第二次核銷數 | 合計 |
|-------------------|-----|-----------|-----------|----|
| | | 109 年 月 日 | 109 年 月 日 | |
| 一、開辦設施設備費 | | | | |
| 小計 | | | | |
| 二、儀器設備費 | | | | |
| 小計 | | | | |
| 三、國內外教育訓練費 | | | | |
| 小計 | | | | |
| 四、國內差旅費 | | | | |
| 小計 | | | | |
| 五、國外差旅費 | | | | |
| 小計 | | | | |
| 六、個案加值服務費 | | | | |
| 小計 | | | | |
| 七、維護費 | | | | |
| 小計 | | | | |
| 合 計 | | | | |

備註：申請單位請填列單位之核定與核銷總經費，另檢附貴單位核銷個案加值服務執行成果表(總表)。

109 年度居家護理機構設立補助計畫 個案加值服務執行成果表(總表)

附表

| 主診斷 | 編號 | 疾病程度*1 <small>(請以代碼註記)</small> | 個案姓名 | 身分證編號*2 <small>(請以代碼註記)</small> | 收案方式*3 <small>(請以代碼註記)</small> | 收案日期 | 結案日期 | 訪視 總次數(年) | 服務 人數 |
|-----------|----|-----------------------------------|------|------------------------------------|-----------------------------------|------------|------------|--------------|----------|
| 癌症 末期 | | | | | | ○○○年○○月○○日 | ○○○年○○月○○日 | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 糖尿病 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 失智症 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 總計 | | | | | | | | | |

備註：

1. 疾病程度：(1)疑似或及輕度、(2)輕、(3)中、(4)重。
2. 為免個人資料外洩，當事人姓名第三個字及身分證編號後 4 碼請以「X」表示。
3. 收案方式：(1)醫院轉介、(2)診所轉介、(3)照管中心、(4)自行尋求、(5)其他。

如篇幅不足，請自行增列

計畫負責人簽章：

居家護理師簽章：

109 年度居家護理機構設立補助計畫^{*1}

附表

個案加值服務執行表

個案編號：

| | | | | | |
|-------------------|---|---------------------|--|--|------------|
| 個案姓名 | ○○○ | 身分證編號 ^{*2} | S○○○○○○○○○○ | 收案日期 | ○○○年○○月○○日 |
| 收案方式 | <input type="checkbox"/> 醫院轉介 <input type="checkbox"/> 診所轉介 <input type="checkbox"/> 照管中心 <input type="checkbox"/> 自行尋求 <input type="checkbox"/> 其他 | | | 結案日期 | ○○○年○○月○○日 |
| 個案屬性 (主診斷；請擇一) | <input type="checkbox"/> 癌症末期 | | <input type="checkbox"/> 糖尿病 疾病程度： <input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 | <input type="checkbox"/> 失智症 疾病程度： <input type="checkbox"/> 疑似或及輕度 <input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 | |
| 次診斷 (無，則無需勾選) | <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 失智症 | | <input type="checkbox"/> 癌症末期 <input type="checkbox"/> 失智症 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 癌症末期 | |

| 月份 ^{*3} | 當月訪視 總次數 | 當月訪 視日期 | 服務內容 | | | | |
|------------------|-------------|------------|--------------------|--------------|---------------------|--------------------|----|
| | | | 護理評估 | 護理措施 | 護理指導及諮詢 | 資源連結 | 其他 |
| 8 | 範例 | | 癌末個案身體症狀評估，內容：____ | 傷口換藥，內容：____ | 癌末個案之家屬哀傷輔導，內容：____ | 協助轉介相關醫療服務，內容：____ | |
| | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | 如篇幅不足，請自行增列 | | | | |

備註：

1. 本計畫每個案如有多項疾病(主及次診斷)，將依主診斷採計服務人數。
2. 為免個人資料外洩，當事人姓名第三個字及身分證編號後4碼請以「X」表示。
3. 三類之個案加值服務照護(癌症末期、糖尿病及失智症)，每位每年須至少訪視12次。

計畫負責人簽章：

居家護理師簽章：

領據 (參考格式)

茲 向

衛生福利部領到 109 年度「居家護理機構設立補助計畫」

新台幣 拾 萬 仟 佰 拾 元正

此 據 衛生福利部

具領單位：

地 址：

連絡電話：

金融機構：

戶 名：

帳 號：

統一編號：

中 華 民 國 年 月 日

經辦人員

主辦出納

會計

單位首長 (簽約代表人)

**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)

※交易或補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：

| | | |
|--|-----|----------|
| 參與交易或補助案件名稱： | 案號： | (無案號者免填) |
| 本案補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，選擇補助或交易對象係公職人員或關係人。
2. 補助或交易對象係公職人員者，無須填表 2；補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. 請填寫參與交易或補助案件名稱，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。

衛生福利部補（捐）助款項會計處理作業要點

109年07月修訂

壹、總則

- 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、本部補（捐）助款項之撥補，應依年度預算，分別按照補（捐）助事項、對象、數額及相關規定執行。
- 三、補（捐）助款項之處理，除法令另有規定外，依本規定辦理。但涉及非會計專業規定、實質或技術性事項，應由業務主辦單位負責辦理。
- 四、本要點所稱受補（捐）助單位，指接受本部補（捐）助之機關（構）、學校、國內外團體及個人。

貳、補（捐）助款項之申請

- 五、補（捐）助計畫區分為對地方政府之補助、對政府機關間之補助及對民間團體、個人之捐助，並依下列規定辦理：
 - （一）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。
 - （二）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執行。
 - （三）對民間團體、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」、預算所列捐助民間團體、個人之款項及執行獎補助計畫等相關規定辦理。
- 六、受補（捐）助單位以同一事由或活動向本部及其他機關申請補（捐）助，應列明全部經費內容及擬向各機關申請補（捐）助之項目及金額。如有隱匿不實或造假情事，應撤銷該補（捐）助案件，並收回已撥付款項。

參、補（捐）助款項之執行與結報

- 七、補（捐）助款項如涉及採購事項，除其他法令另有規定外，應依政府採購法及相關規定辦理。
- 八、補（捐）助款項不得用作下列開支：
 - （一）不合計畫經費之開支或與計畫無關之任何費用。
 - （二）與計畫無關之任何墊撥款項。
 - （三）購買土地。
 - （四）招待應酬費用、罰款、贈款、捐款及各種私人用款。
 - （五）償還貸款本金及有關該項貸款之利息。
 - （六）增加員額經費。
 - （七）購置公務車輛經費。但因特殊需要，報經本部同意者，不在此限。
 - （八）電話安裝費及房屋押金等存出保證金。
- 九、補（捐）助款項購置之設備，受補（捐）助單位應列入財產妥善保管，並以標籤註記「衛生福利部補（捐）助購置」。
- 十、補（捐）助款項支用工程管理費者，應依「中央政府各機關工程管理費支用要點」規定確實估算，不得另列統籌管理費。
- 十一、受補（捐）助單位對於補（捐）助款項應單獨設帳處理。
- 十二、補（捐）助款項之請撥及結報方式如下：
 - （一）助款項納入地方政府預算者，請款時應檢附收據、納入預算證明書及相關證明資料，依

約定之付款條件向本部申請撥款；計畫完成後或會計年度終了前，應將收支明細表（附表一）及成果報告送本部辦理結報。

- (二) 非屬前款補助者，受補（捐）助單位應檢附收據，依約訂之付款條件向本部申請撥款；計畫完成後或約定期限內，檢具原始憑證、收支明細表（全額補助，附表一；部分補助，附表二）及成果報告送本部辦理結報。
- (三) 受補（捐）助單位辦理結報時，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。
- (四) 補（捐）助款項產生之利息或其他衍生收入，如工程招標圖說收入、逾期違約之罰款或沒入之履約保證金等，應於收支明細表中敘明，並於結報時解繳本部。但利息金額為新臺幣三百元以下者，得留存受補（捐）助單位，免解繳本部。
- (五) 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。

十三、受補（捐）助單位辦理結報時，其檢附之原始憑證，應依政府支出憑證處理要點規定辦理。

十四、補（捐）助款項之原始憑證經本部同意留存受補（捐）助單位者，於辦理結報時，無須彙送本部，惟仍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。

肆、補（捐）助款項之流用與變更

十五、補（捐）助款項用途別科目（如人事費、業務費及管理費等）實際執行遇有經費不足，在計畫內容不變下，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) 除前款規定外，各用途別科目間之流用，其流入、流出金額未超過各該用途別科目預算金額百分之二十時，得由受補（捐）助單位首長核定辦理。
- (三) 資本門與經常門不得相互流用。

受補（捐）助單位執行計畫違反前項規定者，其流用金額，應予以減列。

十六、補（捐）助款項之執行，如因情勢變更或其他原因，致原核定預算不符實際需要，且未能依前點規定辦理者，受補（捐）助單位應填具預算調整明細表，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。

伍、補（捐）助款項之保留

十七、會計年度終了前，補（捐）助款項已發生尚未清償之債務或契約責任，且於年度內未能償付者，得依規定敘明保留事由、經費收支執行狀況並檢同契約書及相關證件送本部，經轉呈行政院核定後，始得轉入下年度繼續辦理。

陸、補（捐）助款項之查核

十八、本部對受補（捐）助單位，必要時得派員查核其補（捐）助款項支用情形，並列為次一期補（捐）助款項撥付之參考。查核要點如下：

- (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) 涉及採購事項，是否依照政府採購法及相關採購法令之規定辦理。
- (四) 會計帳冊及憑證是否完備及妥善保存。
- (五) 其他有關之事項。

十九、補（捐）助款項未依補（捐）助用途支用、或虛報、浮報等情事，除應繳回該部分之補（捐）助款項外，得依情節輕重對該補（捐）助案件或受補（捐）助單位酌減嗣後補（捐）助款或停止補

(捐)助一年至五年。

受補(捐)助單位如有異議，應於本部文到十五日內提出理由，申請複核，複核案經本部審定後，不得再行申請複議。其減列之款項應即繳還本部。

柒、附則

二十、其他

- (一) 本要點配合衛生福利部組織法，自中華民國一百零二年七月二十三日修正施行，原行政院衛生署補(捐)助款項會計處理作業要點，及原內政部補(捐)助款項會計處理作業規範內容涉及本部之權限業務者，由本部承接。
- (二) 原內政部推展社會福利補(捐)助款項會計作業相關規範，另有規定者從其規定。