

115 年度南投縣醫事機構設置 C 級巷弄長照站 執行及核銷作業規定

- 一、 依據衛生福利部「長照服務發展基金 115 年度一般性獎助計畫經費申請獎助項目及基準」辦理。
- 二、 核銷需檢附衛生局核定函影本、領據、收支明細表(1 式 2 份)、核銷清單(1 式 2 份)、原始憑證及簽到單(當期核銷月份簽到單)。
- 三、 經費之撥付採每月審核撥付，於次月 8 日前(以收文日期為準)，將該月核銷及應檢附資料函送南投縣政府衛生局(下稱衛生局)(115 年 12 月於 115 年 12 月 16 日前檢附核銷資料及成果報告函送衛生局)，補正資料應於接獲通知次日起 1 週內儘速完成修改。如未依限補件將納入次年審查補助之參採。
- 四、 預防及延緩失能服務以每期(12 次)辦理完畢同下一次核銷資料送出(最後期限為 115 年 12 月 16 日併同最後一次核銷資料送出)，檢附核銷清單、特約單位服務量表、個案出席紀錄表(系統產出)及活動照片、指導員費用請領證明(如扣繳憑單或收據)及其他經費原始憑證(項目需符合衛生福利部及所屬機關長照服務發展基金獎助計畫經費編列基準及使用範圍)
- 五、 執行期間，同一事由或活動不得重複申請費用請領，如有重複獎助情事，衛生局得撤銷或核減已核定之獎助金額。
- 六、 114 年 12 月 16 日前(以本局收文日為憑)函送 12 月份核銷資料及成果報告。未依期限送達，按逾期日數，每日依核定價金總額 1%計算逾期違約金，逾期違約金總額，以核定價金總額之 10%為上限。倘據點承辦人員(或聯繫窗口人員)變動時，應完成業務交接，並即時向本局承辦人員通知及提供聯繫方式。
- 七、 有關專職人員服務費用印領清冊(P41)於 115 年 12 月 16 日前送出。
- 八、 本規定未及事項，得依「長照服務發展基金 115 年度一般性獎助計畫經費申請獎助項目及基準」辦理。
- 九、 計畫經費依核定項目覈實支用，且各費用類別(含開辦設施設備費(資本門設施設備、經常門設施設備)、充實設施設備費、業務費、志工相關費用、醫事 C 專職人員服務費用、預防及延緩失能服務費用)間不得相互流用，並應用於醫事機構設置 C 級巷弄長照站(下稱醫事 C)內容直接有關為限，設施設備參考表如附件 2-1，其費用類別如下：
 1. 開辦設施設備費(新設立之據點最高獎助新臺幣 10 萬元整，需依計畫提報設備購買)：

文康休閒設備、健康器材、溫度計、血壓計、電話裝機費及電腦、辦公桌椅、傳真機、影印機；已於其他獎助項目中申請相關設施設備者，以不重覆獎助為原則，並優先獎助老人可使用之設備。

 - (1)資本門設施設備：辦理醫事 C 服務所需軟體購買與裝置設備，單價新臺幣 1 萬元以上且使用年限 2 年以上者，需列財產設備清冊附件 2-2 並黏貼財產標籤附件 2-3。
 - 1-1 資訊軟硬體(如筆記型電腦、電腦等)
 - 1-2 其他雜項設備(如卡拉 OK、電視、液晶螢幕、擴音機、投影機、冰箱等)。
 - (2)經常門設施設備：辦理醫事 C 服務所需之非消耗性物品(單價未達新臺幣 1 萬元)，需列非消耗品清冊附件 2-4。
 - (3)開辦設施設備費或充實設施設備費，應於 115 年 6 月 30 前購置完成，並於次月送件核銷。
 2. 業務費：(人員加班費、未休假加班費、勞、健保及勞工保險退休金等雇主應負擔費用，每月獎助新臺幣 6,000 元。)

服務類型	設置地點	服務時段	最高獎助額度 (單位：元)/月
醫事機構設置巷弄 長照站	一般地區	每週 2-5 時段	2 萬 4,000 元
		每週 6-9 時段	4 萬 8,000 元
		每週 10 時段	7 萬 2,000 元
	原住民族地區(魚池鄉、信義鄉、仁愛鄉)、離島地區及長照偏遠地區(鹿谷鄉、中寮鄉、國姓鄉)	每週 2-5 時段	2 萬 4,800 元
		每週 6-9 時段	4 萬 9,600 元
		每週 10 時段	7 萬 4,400 元

★需服務屆滿 1 年者，得申請 10 時段及人力加值費。

項目	注意事項
水電費、瓦斯費、電話費(不得編列手機費用)、網路費、有線電視裝機費、收視費	1. 單據需蓋收費章或附上繳費證明，逾期滯納金不得申報核銷。 2. 場地如為共用，需檢附費用分攤表。 3. 單據皆需正本，如因分攤付款，持副本應蓋"與正本相符"，承辦人職章，並於副本旁空白處註明正本使用何處。
活動場地費、器材租金及儀器設備維護費	1. 需檢附租賃契約或相關文件。 2. 維護費需檢據收據。 3. 限用於醫事 C 之儀器設備維護，房屋修繕、天花板照明、油漆粉刷等不得報支。
公共意外責任險 食物中毒險	1. 第一次核銷需檢附保險收據正本，之後皆使用影本且需加蓋與正本相符及承辦人職章。 2. 依年度保險總額按比例核銷。 3. 可於年初核銷整年度，或每月按比例核銷，視醫事 C 業務費使用比例自行斟酌。
活動材料費	1. 供課程活動使用之材料，須以活動材料費申報核銷，並檢附照片(長輩使用中)及註明該堂課程名稱。 2. 醫事 C 掛牌以此為核銷，並於核銷時一併附上照片。 3. 感應式電子發票須手寫發票號碼(須蓋職章)，倘發票無列出品項須手寫及蓋職章。 4. 電子發票須有買方統一編號。 5. 免用統一發票須有賣方統編章及負責人章，發票上需有受買人名稱。 6. 資訊化報到，得以系統之服務成果報表作為核銷業務費之支用單據。
食材費	1. 供烹煮共餐服務之食材，須以食材費申報核銷，惟熟食(如便當、麵包、餅乾、飲料、糖果、茶葉等)不得列入核銷。 2. 申報核銷時，應檢附醫事 C 巷弄長照站簽到單、與當月課程表於核銷憑證後方。(簽到單須為正本且以本人簽名為原則，如有困難請於應簽名之欄位蓋手印以及印章。)
活動講座費附件 3-1	1. 國內聘請專家學者每節新臺幣 2,000 元為上限，與主辦單位有隸屬關係者每節鐘點費新臺幣 1,500 元為上限，內聘每節鐘點費新臺幣 1,000 元為上限。

	- 檢附講師領據、課程議程表(註明課程名稱、日期、時間、時數)並檢附附件 3-2 講座鐘點費成果、簽到簿(附件 3-3)。 - 若為本計畫相關訓練課程，請檢附課程議程表(註明課程名稱、日期、時間、時數)、附件 3-2 講座鐘點費成果、簽到簿與課程內容資料。 - 請檢附所得扣繳憑單。
書報雜誌、文具、文宣印刷費	- 書報雜誌附明細表。(發票及訂閱期數需於年度內) - 印刷限與據點有關之事務，於備註欄敘明關聯性並詳列明細(品項、數量與單價)。 - 沖洗照片、紅布條屬印刷費，紅布條附照片為證。
電腦耗材	光碟片、CD 盒、墨水匣、碳粉、清潔布、網路線等。(硬碟、隨身碟、分享器非屬電腦耗材)
電腦處理費	- 可購買項目如：磁片、硬碟、隨身碟及光碟片。 - 不可購買項目如：電腦軟體、程式設計費、電腦周邊設備、網路架設、電源轉換器及變壓器等係屬設備。
血糖檢測耗材	需檢附單據發票，血糖檢測應由醫護人員執行，核銷時檢附該醫護人員執業執照影本。
交通費附件 4	- 接送長輩至醫事 C 參與據點活動往返之油料費、租車費。 - 需註明長輩家至醫事 C 之公里數、趟次並顯示車牌號碼。
臨時人力附件 5-1	- 限實施本計畫每週提供 6 個至 10 個時段之據點承辦單位申請特定工作所需勞務之工資，以按時計酬者為限(每月申請最高金額以勞動部公告 115 年度基本工資為限)。受補(捐)助單位人員不得支領臨時工資。 - 可申報核銷時段限於醫事 C 巷弄站課程活動期間。 - 臨時人力應投保勞工保險、全民健康保險、勞工退休金且須檢附雇主繳費證明，並可清楚看到投保級距。 - 請檢附所得扣繳憑單。
業務費-專職人員勞工保險、全民健康保險、勞工退休金	- 檢附同醫事 C 專職人員薪資印領清冊(副本)、勞保、健保與勞退雇主繳費證明，並可清楚看到投保級距。 - 請確實依實領薪資進行投保，倘須分攤請檢附分攤表。 - 應依規定辦理專職人員之勞工保險(含普通事故保險及職業災害保險)、全民健康保險或提撥勞工退休準備金；未依規定辦理者，不予獎助；經縣市政府輔導改善後，自完成改善當月起予以獎助。
專職人員費用-薪資 附件 5-2、5-3	- 檢附同醫事 C 專職人力薪資印領清冊(副本)與執照影本或相關證明文件影本及所得扣繳憑單。 - 專職人員服勤表附件 5-3
社會參與課程	- 倘有活動課程需要帶成員外出，應於活動日應於 14 日前(工作日)函報衛生局，並附上相關附件(當日活動課程表與預參與課程之醫事 C 巷弄站成員名冊)，函文報經主管機關同意後才可進行。 - 於申報核銷時檢附附件(當日活動課程表、簽到單、活動該處及參與個案社會參與成果附件 6、旅遊平安險保險單)。

電話問安與關懷訪視服務	1. 檢附電話問安紀錄表、訪視紀錄表、電話問安與訪視個案清冊(清冊附件 7-1.7-2 內容應包含長輩姓名、性別、電話、住址、服務項目、服務時間及訪視者姓名等)，服務對象當月至至少 20 人，以有效電話統計。 2. 需與長者完成電訪/關懷訪視，才可計算當月服務人次/人數。 3. 申報關懷訪視交通費應檢附志工簽到表附件 7-3、志工訪視/活動照片附件 7-4。
雜支	每年最高新臺幣 6,000 元。 礦泉水、郵資、清潔用品等限核銷於此項目。
失智症獎助費	1. 醫事 C 服務人員參加由直轄市及縣(市)政府依據衛生福利部函頒之「失智照護服務計畫」辦理失智症照顧相關教育訓練。醫事 C 服務人員接受上開教育訓練後，輔導該醫事 C 之失智個案參加認知促進模組課程。 2. 每名醫事 C 服務人員符合(1)及(2)則獎助據點新臺幣 500 元，每據點每年最多獎助新臺幣 1,000 元，每人至多補助 1 次。附件 9-4

3. 志工相關費用：

(檢附志工證明文件、附件 7-3 志工簽到表、附件 7-4 志工訪視/活動照片、附件 7-5 志工印領清冊、附件 7-6 電話問安紀錄表、附件 7-7 訪視紀錄表)

(1) 志工保險費：每人每年最高新臺幣 500 元，請於第一季投保並核銷完畢，核銷時檢附附件 6-1 志工簽到表，志工保險名冊、保險收據。

(2) 志工誤餐費：

A. 請領志工誤餐費，值勤同時段不可為巷弄長照站參與學員或預防及延緩失能長輩。

B. 每人上限新臺幣 100 元，需超過用餐時間，中午過 12:30，下午過 18:00。

C. 6-3 志工簽到表、6-5 志工印領清冊、6-4 志工訪視/活動照片

D. 倘志工未加保志工保險，請檢附志工適用保險種類。

(3) 志工交通費：限外勤服務，每日新臺幣 100 元為上限，計程車不可報支(關懷訪視服務，當日應訪 5 案以上，得以支領新臺幣 100 元交通費)。核銷時檢附附件 7-5 訪視紀錄表、附件 7-3 志工訪視/活動照片。

(4) 志工背心費：每件上限新臺幣 200 元，需印有南投縣 00 巷弄長照站字樣，檢附志工背心彩色照片。

4. 醫事 C 專職人員費用(僅辦理 10 時段適用)：

(1) 照顧服務員：每人每月獎助新臺幣 3 萬 3,000 元，需符合下列之一者(申請單位應檢附資格證明文件影本)：

A. 領有照顧服務員訓練結業證明書。

B. 領有照顧服務員職類技術士證。

C. 高中(職)以上學校護理、照顧相關科(組)畢業。

(2) 需檢附薪資印領清冊附件 5-2、所得扣繳憑單及薪資轉帳證明，並於 4 月核銷時檢附前一年度(114)年終獎金轉帳證明。

(3) 必依規定辦理勞工保險、全民健保及提撥勞工退休金。

5. 預防及延緩失能服務費用：

(1) 1 期 12 週，平均出席人數達 10 人(鹿谷鄉、中寮鄉、國姓鄉、魚池鄉、信義鄉、仁愛鄉減半)，1 期費用新臺幣 3 萬 6,000 元，每一據點至多補助 3 期新臺幣 10 萬 8,000 元。

(2) 需導入預防及延緩失能方案模組並完成系統平台登錄。

- (3) 指導員(主要帶領者)：具有衛福部預防及延緩失能指導員之師資或指導員上限新臺幣 1,200 元/小時;協助員(協同帶領者):不限為專業人員為原則，支付上限新臺幣 500 元/小時，核銷範本附件 9-1、9-2、9-3。
 - (4) 除指導員及協助員費用外，於補助費用內可依課程需要請領材料費用（需附發票憑證，並檢附照片及註明該堂課程名稱）。
 - (5) 依業務費核銷規範，檢附由預防及延緩失能照護服務系統印出之「核銷清單」、「師資名冊及個案出席紀錄表」。附件 8
 - (6) 若師資為據點之有給職工作人員且其薪資由衛生福利部長照基金支應者，不予支付鐘點費；惟屬自聘有給職工作人員，鐘點費依前二款支付上限折半計算。
6. 醫事 C 服務失智症獎助費：
- (1) 醫事 C 服務人員參加由南投縣政府(以下稱本府)依據衛生福利部函頒之「失智照護服務計畫」辦理失智症照顧相關教育訓練。
 - (2) 醫事 C 服務人員接受上開教育訓練後，輔導該據點之失智個案參加認知促進模組課程。
 - (3) 每名醫事 C 服務人員符合(1)及(2)則獎助據點新臺幣 500 元，每據點每年最多獎助新臺幣 1,000 元，每人至多補助 1 次。
 - (4) 失智個案(CDR2 分以上且長照需要等級第 4-8 級、身心障礙(障別為失智症)等級中度以上且長照需要等級第 4-8 級)需提出足資證明為失智症之文件，由據點檢附佐證資料向衛生局提出申請，予以支付據點補助費用。
 - (5) 上揭足資證明失智症之文件包含診斷證明書、身心障礙證明(障別為失智症)或經醫師臨床診斷為失智症之證明文件。

十、核銷文件(請依編號依序排列)

編號	繳交文件	參考範本	檢附時機	備註
1	請款公文	P37	每次核銷	需附本年度核定函影本、核定表
2	領據	P38		各項資料皆需填寫並黏貼存簿影本。
3	經費支出明細表	P39-40		於 12 月檢附整年度
4	支出憑證明細表	P41		依各月份經費科目別分類
5	支出黏貼憑證用紙	P42		1. 依各月份經費科目別分類。 2. 同一經費科目可黏貼數張憑證。 3. 各項印領清冊也須貼在憑證用紙。
6	執行概況考核表	P44		
7	核定函、核定表			
8	相關佐證資料	依實際資料憑附		如財產清冊、非消耗品清冊、志工出席紀錄表、附於該項科目憑證用紙後。
9	成果報告	P45-51	隨最後一次核銷送出	1. 114 年 12 月 16 日前隨年度最後核銷送出。 2. 成果報告 1 式 2 份含電子檔。

填報月份：_____年_____月

類別	項 目		單位	合計		
				男	女	合計
服 務 形 式	關懷訪視		人數			
			人次			
	電話問安諮詢轉介		人數			
			人次			
	餐飲服務	集中用餐	人數			
			人次			
		送餐服務	人數			
			人次			
	健康促進活動		場次			
			人數			
			人次			
	社會參與		場次			
			人數			
			人次			
預防及延緩失能課程		人數				
		人次				
轉介長期照顧管理中心		人數				
		人次				
專任照顧服務員			人數			
志工名冊人數調查回報			人數			

單位主管：

1. 各類別統計請依表確實填寫人數、次數、場次。
2. 附件請檢附當月活動課程表、簽到表(影本)、活動照片。
3. 以上資料請分門別類整理，並提供次月活動課程表，予以備查。
4. 電話問安及關懷訪視，須與長輩完成關懷服務後才可計算人次/人數

※「電話問安、諮詢及轉介服務」不含「轉介長期照顧管理中心」人數(次)。

每月成果明細表

執行單位名稱：_____

填報月份：

人數					講師								其他重要事項或異動事項紀錄
日期	星期	上午	下午	用餐人數	講師姓名	林00	陳00	李00/延緩					
1號	日				授課起訖時間								
2號	一												
3號	二												
4號	三					09:30-11:00	14:30-16:00						
5號	四												
6號	五												
7號	六												
8號	日												
9號	一								09:00-11:00				
10號	二												
11號	三												
12號	四												
13號	五												
14號	六												
15號	日							09:30-10:30					
16號	一												
17號	二					14:30-15:30							
18號	三												
19號	四												
20號	五												
21號	六												
22號	日												
23號	一												
24號	二												
25號	三												
26號	四												
27號	五												
28號	六												
29號	日												
30號	一												
31號	二												
小計		0	0	0									
總計 (上午人數+下午人數)		0			講師費用 (元)小計	2500	2500						
食材費初估		0			合計	5000							

醫事機構設置 C 級巷弄長照站設施設備單價標準參考表

項次	補助項目	財物標準 分類編號	數量	單位	補助 上限	使用 年限	備註	
1	UR 雙頻藍芽 /CD/USB/SD 移動式無線擴音機 PA9223CDNB	3100503-29	1	臺	16,000	5	電導擴音機	
2	輪椅	3110101-06	1	臺	3,700	2		
3	血糖測試機	3110602-12	1	臺	2,000	3		
4	電腦	3140101-03	1	組	30,000	4	含獨立主機、螢幕、作業系統	
5	印表機	3140302-01	1	臺	5,000	5		
6	數位照相機	3140308-13	1	臺	8,000	5		
7	調理台	5010306-07	1	張	12,000	6		
8	卡拉 ok 組	5010105-17	1	組	50,000	8	視聽機	
9	投影機	5010105-21	1	臺	20,000	8		
10	電扇	5010106-01	1	臺	8,000	5	包括桌、吊、地、立扇、抽風扇、冷風扇等。	
11	冷氣送風機	5010106-08	1	臺	20,000	5		
12	冰箱	5010107-01B	1	臺	15,000	8		
13	電鍋	5010110-07	1	個	5,000	5		
14	飲水機	5010110-19	1	臺	16,000	3		
15	桌子	5010301-01A	1	張	如備註	10	金屬材質	包括： 電腦桌（1,500 元）、會議桌（6,200 元）、長條桌（3,000 元）、辦公桌（3,000 元）等。
16		5010301-01B	1	張		5	木頭材質	
17	櫥櫃	5010303-01A	1	個	如備註	10	包括： 公文櫃（2,800 元）、書櫃（1,200 元）、物品櫃（1,200 元）、組合書櫃（400 元）等。	

項次	補助項目	財物標準 分類編號	數量	單位	金額	使用 年限	備註
18	椅凳	5010304-02	1	張	如備註	5	包括： 迴轉椅(1,200 元)、扶手 靠椅(1,2000 元)、靠背椅 (1,2000 元)、躺椅(2,500 元)、長椅(800 元)、摺椅 (400 元)、圓凳(200 元) 等。
19	健身器(車)	5010307-13	1	臺	18,000	5	包括划船器、健身美容 器、跑步機、多功能健體 機、高速健身車、平環健 身機、高低滑輪健身器、 多用途划船器等。
20	瓦斯爐	5010110-17	1	臺	6,000	3	
21	傳真機/多功能事務機	60101-1	1	臺	6,000	5	擇一補助
22	電話機	60106-1	1	臺	1,000	4	
23	液晶顯示器	60112-1	1	臺	18,000	2	
24	手提音響	60801-1	1	臺	2,500	4	
25	槌球設備組	60802-1	1	組	4,000	5	
26	DVD 光碟機	60803-1	1	臺	2,500	10	
27	血壓計	61001-1	1	臺	2,500	2	
28	隧道式血壓計	61001-2	1	臺	8,500	2	
29	額溫槍/耳溫槍	61001-3	1	個	2,000	2	擇一補助
30	體脂計	61001-4	1	個	2,000	2	
31	體重計	61001-5	1	個	1,000	2	

社區整體照顧服務體系-巷弄長照站設施設備常見財產物品清單

物品項目	財產標號(開頭)	備註	年限
電腦	3140101-03-		4 年
卡拉 OK	5010105-17-	視聽機	8 年
UR 雙頻藍芽/CD/USB/SD 移動式 無線擴音機 PA9223CDNB	3100503-29-	電導擴音機	5 年
電扇	5010106-01-	包括桌、吊、地、立扇、 抽風扇、冷風扇等。	5 年
電器用品	60112-	液晶顯示器	2 年
投影機	5010105-21-		8 年
冰箱	5010107-01A-		4 年
調理台	5010306-07-		6 年
飲水機	5010110-19-		3 年

1. 請依據財產物品使用年限依行政院主計總處-財物標準分類
(<https://www.dgbas.gov.tw/ct.asp?xItem=43869&CtNode=6335&mp=1>)。
2. 如欲購買符合巷弄長照站使用之設備用品，未列於上述常見財產物品清單，請於行政院主計總處-財物標準分類項目搜尋

衛生福利部補助

115 年度南投縣醫事機構設置 C 級巷弄長照站財產設備清冊

受補助單位名稱（全銜）：_____

受補助據點名稱：_____

填單日期：____年____月____日

購買日期	財產編號	財產名稱	型式/廠牌	單價	數量	總價	放置地點	使用年限	保管人	保管人 簽章	備註
1110225	3140101-03-01	筆電	華碩/TP412UA	12000	1	12000	OO 里巷弄站	5	林木木		財產

說明：

1. 單價 1 萬元以上，且使用年限 2 年以上列為資本門設備；單價 1 萬元以下，列為經常門物品。
2. 接受補助之設備項目均需黏貼財產標籤，並註明「衛生福利部補（捐）助購置」。
3. 接受補助設備費之據點，營運未滿三年有停辦情形者，接受補助設備費用應按未執行月份比例繳回。
4. 財產物品使用年限依行政院主計總處-財物標準分類(<https://www.dgbas.gov.tw/ct.asp?xItem=43869&CtNode=6335&mp=1>)。
5. 本表不敷使用請自行跨頁繼續使用。

經辦單位	驗收或證明	出納人員	會計人員	機關長官
	(不可與保管人同)			

00 醫院(00 里巷弄長照站)財產 補助單位：衛生福利部補（捐）助購置 財產編號： 計畫名稱：南投縣 114 年度醫事機構設置 C 級巷弄長照站 廠牌型號： 購置日期： 使用年限： 保管人：	00 醫院(00 里巷弄長照站)財產 補助單位：衛生福利部補（捐）助購置 財產編號： 計畫名稱：南投縣 114 年度醫事機構設置 C 級巷弄長照站 廠牌型號： 購置日期： 使用年限： 保管人：
00 醫院(00 里巷弄長照站)財產 補助單位：衛生福利部補（捐）助購置財 產編號： 計畫名稱：南投縣 114 年度醫事機構設置 C 級巷弄長照站 廠牌型號： 購置日期： 使用年限： 保管人：	00 醫院(00 里巷弄長照站)財產 補助單位：衛生福利部補（捐）助購置 財產編號： 計畫名稱：南投縣 114 年度醫事機構設置 C 級巷弄長照站 廠牌型號： 購置日期： 使用年限： 保管人：
00 醫院(00 里巷弄長照站)財產 補助單位：衛生福利部補（捐）助購置 財產編號： 計畫名稱：南投縣 114 年度醫事機構設置 C 級巷弄長照站 廠牌型號： 購置日期： 使用年限： 保管人：	00 醫院(00 里巷弄長照站)財產 補助單位：衛生福利部補（捐）助購置 財產編號： 計畫名稱：南投縣 114 年度醫事機構設置 C 級巷弄長照站 廠牌型號： 購置日期： 使用年限： 保管人：

衛生福利部補助

辦理 115 年度南投縣醫事機構設置 C 級巷弄長照站物品清冊

受補捐助單位名稱（全銜）：_____

受補捐助據點名稱：_____

填單日期：____年____月____日

購買日期	財產編號	財產名稱	型式/廠牌	單價	數量	總價	放置地點	使用年限	保管人	保管人 簽章	備註
1110515	60112	電風扇	聲寶/S032	1600	1	1600	OO 里巷弄站	2	林木木		物品

說明：

1. 單價 1 萬元以上，且使用年限 2 年以上列為資本門設備；單價 1 萬元以下，列為經常門物品。
2. 接受補助之設備項目均需黏貼財產標籤，並註明「衛生福利部補（捐）助購置」。
3. 接受補助設備費之據點，營運未滿三年有停辦情形者，接受補助設備費用應按未執行月份比例繳回。
4. 財產物品使用年限依行政院主計總處-財物標準分類(<https://www.dgbas.gov.tw/ct.asp?xItem=43869&CtNode=6335&mp=1>)。
5. 本表不敷使用請自行跨頁繼續使用。

經辦單位	驗收或證明	出納人員	會計人員	機關長官
	(不可與保管人同)			

(單位全銜)00 里巷弄長照站

黏貼憑證用紙

民國年月日

憑證編號	預算科目	用途	金額						
			百 萬	十 萬	萬	千	百	十	元
	業務費	講師費							

承辦人	出納	會計	單位長官

黏貼線

收 據

茲收到 00 醫院

講師費計新台幣壹萬捌仟元整

單位名稱：

現職：

聘別：☒ 外聘(每小時_2,000_元) ☐ 內聘(每小時_____元)

辦理課程：園藝植栽課程

授課日期：4 月 2、9、16 日時間：09:00~12:00

總時數：9 小時

領款人簽名蓋章：必填

身分證字號：必填

戶籍地址：必填

115 年度 00 里巷弄長照站課程辦理成果(含延緩)

課程主題	用藥安全	講師	曾帥	☐ 外聘 ☐ 內聘	
日期	000.3.9	時間	9:00 ~ 12:00	課程人數	000.3.9
講師學經歷	1. 中山醫學大學 2. 藥師執照 3. 帥帥藥局負責人				
課程內容	1. 失智症用藥種類及副作用 2. 用藥安全重要性				
課程照片					
照片清楚彩色列印 需同時呈現講師、學員及 課程情形並請標註講師位 置，照片遠、近各 1 張			照片清楚彩色列印 需同時呈現講師、學員及 課程情形並請標註講師位 置，照片遠、近各 1 張		

備註： 本案提供之照片、影片等資料來源；是否皆已取得授權使用：☐是；☐否

課程主題	用藥安全	講師	曾帥	☐ 外聘 ☐ 內聘	
日期	000.3.9	時間	9:00 ~ 12:00	課程人數	000.3.9
講師學經歷	1. 中山醫學大學 2. 藥師執照 3. 帥帥藥局負責人				
課程內容	1. 失智症用藥種類及副作用 2. 用藥安全重要性				
課程照片					
照片清楚彩色列印 需同時呈現講師、學員及 課程情形並請標註講師位 置，照片遠、近各 1 張			照片清楚彩色列印 需同時呈現講師、學員及 課程情形並請標註講師位 置，照片遠、近各 1 張		

備註： 本案提供之照片、影片等資料來源；是否皆已取得授權使用：☐是；☐否

南投縣醫事機構設置C級巷弄長照站簽到表

受補助據點名稱：_____里巷弄長照站

上課日期：____年____月____日 星期____

序號	姓名	上午簽到	是否用餐		下午簽到
			是	否	
1	林00		☐	☐	
2			☐	☐	
3			☐	☐	
4			☐	☐	
5			☐	☐	
6			☐	☐	
7			☐	☐	
8			☐	☐	
9			☐	☐	
10			☐	☐	
11			☐	☐	
12			☐	☐	
13			☐	☐	
14			☐	☐	
15			☐	☐	
16			☐	☐	
17			☐	☐	
18			☐	☐	
19			☐	☐	
20			☐	☐	
21			☐	☐	
22			☐	☐	
小計		計：_____人	計：	計：	計：_____人
當日 合計	上午合計：_____人 上午講師簽到：_____				合計：男：_____ 女：_____
	下午合計：_____人 下午講師簽到：_____				

註1.當日合計請於最後一張簽到表計即可

註2.是否用餐請勾選人數請加總

(單位全銜)

油資耗用清單

計畫名稱：辦理 115 年度南投縣醫事機構設置 C 級巷弄長照站

受補捐助據點名稱：OO 里巷弄長照站(附補助油資車輛與車牌彩色照片)

日期	使用人姓名	車輛種類	車號	事由 (需含個案姓名)	起訖點	公里數	耗用油量	核銷金額 (元)
111.04.01	林木木			接送長輩參加據點活動(個案王樹根)	三和里復興路6號至據點	0.5		

說明

1. 以上共耗用公里，按 1 公升耗用公里換算，共計耗用公升，核列支給金額。
2. 需檢附加油收據正本。

(單位全銜)

臨時人員簽到表

計畫名稱：辦理 115 年度南投縣醫事機構設置 C 級巷弄長照站

受補捐助據點名稱：OO 里巷弄長照站

姓名：○○○○

身分證字號：L122222888

戶籍地址：南投縣南投市復興路 6 號

日期	起訖時間	工作內容	時數	總金額	親筆簽名
05/23	9:00~12:00	活動帶領 行政歸檔	3		
總計					

備註：每小時以法定最低時薪計算，請依勞動部公告核定基本工資進行調整

(單位全銜)00 里巷弄長照站

黏貼憑用紙

民國年月日

憑證編號	預算科目	用途	金額						
			百 萬	十 萬	萬	千	百	十	元
	據點專職人員	照服員薪資-林園							

承辦人	出納	會計	單位長官

黏貼線

月 份	姓 名	身分證字號	地 址	事病假扣 薪	薪 資	雇主應負擔			總 計	簽 名 (蓋章)	
						勞保	健保	勞退			
1 月	林 園	M123344567	復興路 6 號	-1100	33,000						
2 月	林 園	M123344567	復興路 6 號		33,000						
小計					(薪資小計此 金額請領人 事費)	(雇主負擔小計請領業務 費)					
		總計									

(單位全銜) ○○里巷弄長照站
專職人員服勤表

_____年_____月 姓名：_____							
日期	服勤情形	時間	工作內容	日期	服勤情形	時間	工作內容
1				17			
2				18			
3				19			
4				20			
5				21			
6				22			
7				23			
8				24			
9				25			
10				26			
11				27			
12				28			
13				29			
14				30			
15				31			
16				小計	上班日數 天		

*請假請註明假別

115 年度○○里巷弄長照站-社會參與辦理成果

活動主題 名稱	長青歡樂聯誼活動		
日期及時間	○/○/○ 上午 9:00~12:00	活動人數	
活動流程 (時間表)			
活動目的			
活動效益			
活動照片			
照片清楚彩色列印 需同時呈現講師、學員及 課程情形並標註講師， 照片遠、近各 1 張		照片清楚彩色列印 需同時呈現講師、學員及 課程情形並標註講師， 照片遠、近各 1 張	

備註： 本案提供之照片、影片等資料來源；是否皆已取得授權使用：☐是；☐否

南投縣○○鄉鎮市○○村里巷弄長照站

巷弄長照站電話問安清冊

序號	姓名	性別	生日	電話	地址	備註
1	王大明	男	1950/09/16 (西元年/月/日)	049-0000000	南投市三和里復興路 6 號	
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						

南投縣○○鄉鎮市○○村里巷弄長照站

巷弄長照站關懷訪視清冊

序號	姓名	性別	生日	電話	地址	備註
1	王大明	男	1950/09/16 (西元年/月/日)	049-0000000	南投市三和里復興路 6 號	
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						

(單位全銜)

附件 7-3 志工簽到表

志工簽到表

計畫名稱：115 年度南投縣醫事機構設置 C 級巷弄長照站

受補捐助據點名稱：OO 里巷弄長照站

志工姓名：

日期	起訖時間	身分證字號	姓名	簽到	請領誤餐費	請領交通費	事由及請領費用	備註
115.05.01	9:00~12:00				☐ 是 ☐ 否	☐ 是，請填寫事由。 ☐ 否		

本月出勤時數小時，請領誤餐費數量，計元；交通費趟，計元。

南投縣○○鄉鎮市 00 里巷弄長照站志工訪視/活動紀錄表

志工姓名	郝美	時間	9:00 ~ 12:00	☐ 志工誤餐費
日期	114.3.5			☐ 當日關懷訪視 5 人以上
活動內容 說明				
訪視照片				
照片需同時呈現 志工、關懷對象， 每日至少一張， 照片不得重複				
志工姓名	郝美	時間	9:00 ~ 12:00	☐ 志工誤餐費
日期	114.3.5			☐ 當日關懷訪視 5 人以上
活動內容 說明				
照片需同時呈現 志工、關懷對象， 每日至少一張， 照片不得重複				

備註： 本案提供之照片、影片等資料來源；是否皆已取得授權使用：☐是；☐否

(單位全銜)00 里巷弄長照站

黏貼憑證用紙

民國 年 月 日

憑證編號	預算科目	用途	金額						
			百 萬	十 萬	萬	千	百	十	元
	志工服務費	交通費及誤餐費							

承辦人	出納	會計	單位長官

辦理社區整體照顧服務體系-巷弄長照站
志工交通費及誤餐費印領清冊

115 年度○○月

姓名	身分證字號	地址	電話	交通費	誤餐費	合計	簽章
林○○	M123456789	南投縣南投市○○路 00 號	2222221	1000	400	1400	
總計						1400	

備註：需附志工簽到表於後。

南投縣○○鄉鎮市○○巷弄長照站

巷弄長照站電話問安紀錄表

受訪者姓名：			性別： ☐ 男 ☐ 女		生日：西元年/月/日		
電話：			地址：				
訪視日期	接聽情形	口頭表達	健康情況	生活狀況	親友互動	精神狀況	執行電訪者簽名
日期	☐ 親自接聽 ☐ 親友接聽 ☐ 無人接聽 ☐ 電話故障 ☐ 其他_____	☐ 表達清晰 ☐ 表達尚可 ☐ 口語不清 ☐ 無法表達 ☐ 其他_____	☐ 健康良好 ☐ 稍有病痛 ☐ 按時用藥 ☐ 定期門診 ☐ 其他_____	☐ 三餐定時 ☐ 餐不定時 ☐ 參與活動 ☐ 極少外出 ☐ 其他_____	☐ 常有互動 ☐ 偶有互動 ☐ 很少互動 ☐ 從不互動 ☐ 其他_____	☐ 精神愉快 ☐ 尚可 ☐ 精神不佳 ☐ 輕生念頭 ☐ 其他_____	
注意事項							
日期	☐ 親自接聽 ☐ 親友接聽 ☐ 無人接聽 ☐ 電話故障 ☐ 其他_____	☐ 表達清晰 ☐ 表達尚可 ☐ 口語不清 ☐ 無法表達 ☐ 其他_____	☐ 健康良好 ☐ 稍有病痛 ☐ 按時用藥 ☐ 定期門診 ☐ 其他_____	☐ 三餐定時 ☐ 餐不定時 ☐ 參與活動 ☐ 極少外出 ☐ 其他_____	☐ 常有互動 ☐ 偶有互動 ☐ 很少互動 ☐ 從不互動 ☐ 其他_____	☐ 精神愉快 ☐ 尚可 ☐ 精神不佳 ☐ 輕生念頭 ☐ 其他_____	
注意事項							
日期	☐ 親自接聽 ☐ 親友接聽 ☐ 無人接聽 ☐ 電話故障 ☐ 其他_____	☐ 表達清晰 ☐ 表達尚可 ☐ 口語不清 ☐ 無法表達 ☐ 其他_____	☐ 健康良好 ☐ 稍有病痛 ☐ 按時用藥 ☐ 定期門診 ☐ 其他_____	☐ 三餐定時 ☐ 餐不定時 ☐ 參與活動 ☐ 極少外出 ☐ 其他_____	☐ 常有互動 ☐ 偶有互動 ☐ 很少互動 ☐ 從不互動 ☐ 其他_____	☐ 精神愉快 ☐ 尚可 ☐ 精神不佳 ☐ 輕生念頭 ☐ 其他_____	
注意事項							
日期	☐ 親自接聽 ☐ 親友接聽 ☐ 無人接聽 ☐ 電話故障 ☐ 其他_____	☐ 表達清晰 ☐ 表達尚可 ☐ 口語不清 ☐ 無法表達 ☐ 其他_____	☐ 健康良好 ☐ 稍有病痛 ☐ 按時用藥 ☐ 定期門診 ☐ 其他_____	☐ 三餐定時 ☐ 餐不定時 ☐ 參與活動 ☐ 極少外出 ☐ 其他_____	☐ 常有互動 ☐ 偶有互動 ☐ 很少互動 ☐ 從不互動 ☐ 其他_____	☐ 精神愉快 ☐ 尚可 ☐ 精神不佳 ☐ 輕生念頭 ☐ 其他_____	
注意事項							

南投縣○○鄉鎮市○○巷弄長照站

巷弄長照站訪視紀錄表

受訪者姓名：		性別： ☐ 男 ☐ 女		生日：西元年/月/日		
電話：		地址：				
訪視日期與時間	居家環境	案主外貌	注意力	案主心情	提供服務	訪視者簽名
日期	☐ 整潔乾淨 ☐ 稍零亂 ☐ 髒亂 ☐ 其他_____	☐ 衣著清潔 ☐ 稍微不清潔 ☐ 可目視到污垢 ☐ 其他_____	☐ 大多能集中 ☐ 少部分能集中 ☐ 一再提醒才能集中 ☐ 其他_____	☐ 平穩 ☐ 愉快 ☐ 沉默 ☐ 被動 ☐ 其他_____ —	☐ 陪同聊天 ☐ 健康檢測（量血壓） ☐ 簡易居家服務 ☐ 宣導參與健康促進活動 ☐ 其他_____	
注意事項						
日期	☐ 整潔乾淨 ☐ 稍零亂 ☐ 髒亂 ☐ 其他_____	☐ 衣著清潔 ☐ 稍微不清潔 ☐ 可目視到污垢 ☐ 其他_____	☐ 大多能集中 ☐ 少部分能集中 ☐ 一再提醒才能集中 ☐ 其他_____	☐ 平穩 ☐ 愉快 ☐ 沉默 ☐ 被動 ☐ 其他_____ —	☐ 陪同聊天 ☐ 健康檢測（量血壓） ☐ 簡易居家服務 ☐ 宣導參與健康促進活動 ☐ 其他_____	
注意事項						
日期	☐ 整潔乾淨 ☐ 稍零亂 ☐ 髒亂 ☐ 其他_____	☐ 衣著清潔 ☐ 稍微不清潔 ☐ 可目視到污垢 ☐ 其他_____	☐ 大多能集中 ☐ 少部分能集中 ☐ 一再提醒才能集中 ☐ 其他_____	☐ 平穩 ☐ 愉快 ☐ 沉默 ☐ 被動 ☐ 其他_____ —	☐ 陪同聊天 ☐ 健康檢測（量血壓） ☐ 簡易居家服務 ☐ 宣導參與健康促進活動 ☐ 其他_____	
注意事項						

功能選單

首頁

照護方案

個案管理

開班管理

開班資料

每週課程紀錄

開班審查

單位管理

核銷作業

其他

帳號資料修改

登出

開班審查管理

特約單位服務量表列印

按左側開班審查即可看到自己據點所有辦理課程，選取欲核銷之課程後按"列印"產生之EXCEL檔會有兩頁Sheet1(師資名冊)sheet2(個案出席紀錄)，兩張都要印

匯出

CSV

Excel

列印

快速搜尋:

開班編號	照護方案名稱	開班日期(起)	開班日期(迄)	總堂數	開班總人數	健康/亞健康(人)	衰弱老人(人)	輕度失能(人)	輕度失智(人)	中度失能(人)	中度失智(人)	特約(據點)單位	審查日期	審查人	步驟2 列印 明細表 前後測分		
		2018-09-21	2018-12-10	12	20	5	0	9	0	6	0		2018-10-02	【CG-M007】林燕雲	明細表	列印	前後測分
		2018-07-02	2018-09-17	12	20	4	0	9	0	7	0		2018-07-09	【CG-M007】林燕雲	明細表	列印	前後測分
		2017-09-12	2017-11-28	12	5	0	0	0	0	5	0		2017-09-12	【CG-M004】游婉賢	明細表	列印	前後測分

第 1 到 3 筆(共 3 筆)

上一頁

1

下一頁

29

(單位全銜)00 里巷弄長照站

黏貼憑證用紙

民國 年 月 日

憑證編號	預算科目	用途	金額						
			百 萬	十 萬	萬	千	百	十	元
	預防及延緩失能	6-8 月指導員費用	28,800						

承辦人	出納	會計	單位長官

黏貼線

領 據

茲收到 00 醫院

講師費計新台幣貳萬捌仟捌佰元元整

聘 別：☐外聘(每小時 1200 元) ☐內聘(每小時 600 元)

指導員：☐具有衛福部預防及延緩失能指導員之師資

協助員：☐每小時 500 元

方案名稱：

授課日期：6/18、6/25、7/2、7/9……(12 週)時間：09:00~11:00

總時數：24 小時

領款人簽名蓋章:王 00

身分證字號：必填

戶籍地址：必填

聯絡電話：必填

中 華 民 國○○○年○○月○○日

需檢附以下由預防及延緩失能系統平台產出之表單

107年度「預防及延緩失能照護計畫」特約單位服務量表_M022-001-CL-01-0012-20180618																								
受補助特約單位名稱：【】 (警事C)																								
服務據點(鄉鎮市/村里)：南投縣 號																								
照護方案提供單位名稱：【RU-40-0036】社團法人雲林縣物理治療師公會																								
照護方案名稱：【CL-01-0012】22-多元活動提升社區長者自立計畫																								
服務時間：2018-06-18-2018-09-03																								
服務班別：中班制																								
人數：11位																								
總堂數：12																								
(一)師資名冊：																								
週次	一		二		三		四		五		六		七		八		九		十		十一		十二	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
日期	06/18		06/25		07/02		07/09		07/16		07/23		07/30		08/06		08/13		08/20		08/27		09/03	
指導員	王00		王00		王00		王00		王00		王00		王00		王00		王00		王00		王00		王00	
協助員																								

107年度「預防及延緩失能照護計畫」特約單位服務量表_M022-001-CL-01-0012-20180618																									
(二)個案出席紀錄表：																									
序號	身分證字號	姓名	性別	出生次數	個人出席率	出席情形 (1期為12週)【是/否/結束服務】												合入前後效果量測【滿分50分】							
						週次	一	二	三	四	五	六	七	八	九	十	十一	十二	備註	前測	後測				
						日期	06/18	06/25	07/02	07/09	07/16	07/23	07/30	08/06	08/13	08/20	08/27	09/03							
1	王	王	女	12	100.00%		是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	4	3
2	王	王	女	11	91.67%		是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	13	11
3	王	王	男	12	100.00%		是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	7	4
4	王	王	男	10	83.33%		是	否	是	否	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	7	7
5	王	王	女	9	75.00%		是	否	是	否	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	11	9
6	王	王	女	11	91.67%		是	是	否	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	14	14
7	王	王	女	9	75.00%		是	是	否	是	否	否	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	5	5
8	王	王	女	10	83.33%		是	是	是	否	是	是	否	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	19	18
9	王	王	男	10	83.33%		是	是	是	是	是	是	否	是	是	否	是	是	是	是	是	是	是	8	8
10	王	王	女	8	66.67%		是	是	是	是	是	是	是	是	否	否	否	否	否	否	否	否	否	5	5
11	王	王	女	12	100.00%		是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	18	15
每次課程個案出席率						100.00%	81.82%	81.82%	81.82%	81.82%	81.82%	81.82%	100.00%	81.82%	81.82%	81.82%	81.82%	81.82%	81.82%	81.82%	81.82%	81.82%	個案平均出席率	86.36%	
備註：																									
1. 個人出席率=(個人實到次數/個人應到次數)X100%																									
2. 每次課程個案出席率=(實到個案人數/應到個案人數)X100%																									
3. 如果個案因不可抗力因素(例如:生病、搬遷至外縣市、住院、死亡、傳染病隔離等)無法繼續參加課程，經向地方政府報備同意後，則後續平均出席率可不計入該個案出席情形。																									

(單位全銜)00 里巷弄長照站

黏貼憑證用紙

民國年月日

憑證編號	預算科目	用途	金額						
			百 萬	十 萬	萬	千	百	十	元
	預防及延緩 失能	6-8 月材料費	7,200						

承辦人	出納	會計	單位長官

黏貼線

黏貼相關發票

(單位全銜)00 里巷弄長照站

黏貼憑證用紙

民國年月日

憑證編號	預算科目	用途	金額						
			百 萬	十 萬	萬	千	百	十	元
	據點專職 人力	失智症獎助費	7,200						

承辦人	出納	會計	單位長官

黏貼線

黏貼相關證明文件
p6 每名據點服務人員符合(1)及
(2)

南投縣醫事機構設置C級巷弄長照站
專職人員異動報告表

單位名稱：

職 稱		
姓 名		
性 別	☐ 男 ☐ 女	☐ 男 ☐ 女
出生年月日	年 月 日	年 月 日
身分證字號		
學 歷		
經 歷		
聯絡地址		
電 話		
日/月支薪		
到職日	年 月 日	年 月 日
異動註記	☐ 新任人員 ☐ 離職人員 ☐ 其他（請說明）： _____	☐ 新任人員 ☐ 離職人員 ☐ 其他（請說明）：

填表人：

負責人：

填表日期：

年 月 日

請檢附社工員或照服員相關證明文件

核銷公文範例：

受文者：南投縣政府衛生局

主旨：檢陳本院(藥局/機構/診所)辦理「115 年度南投縣醫事機構設置 C 級巷弄長照站」經費核銷憑證，請惠予撥款，請鑒核。

說明：

- 一、依據南投縣政府衛生局 00 年 00 月 00 日投衛局企字第 號函
辦理。(需附上本年度核定函公文影本與核定表)
- 二、本次申請核銷月份為 115 年 00 月份。

最後一次核銷公文需載明含成果

受文者：南投縣政府衛生局

主旨：檢陳本院(藥局/機構/診所)辦理「115 年度南投縣醫事機構設置 C 級巷弄長照站」經費核銷憑證及成果報告，請惠予撥款，請鑒核。

說明：

- 一、依據南投縣政府衛生局 00 年 00 月 00 日投衛局企字第 號函
辦理。(需附上本年度核定函公文影本)
- 二、本次申請核銷月份為 115 年月份。
- 三、旨案成果報告 1 式 2 份

(特約單位全銜) _____

辦理 115 年度南投縣「醫事機構設置 C 級巷弄長照站」
收 據

茲收到南投縣政府衛生局 115 年____月「醫事機構 C 級巷
弄長照站」補助費，計新臺幣_____元（國字大寫）
確實無訛。

服務單位名稱：_____

負責人：_____（簽章）

住址：_____

統一編號：

匯入戶名：

解款行(註明分行)：

匯款帳號：

解款行代號(7 碼)：

負 責
人 章

機 構
關 防

.....
(銀行存戶影本封面張貼處)

中華民國 年 月 日

衛生福利部長期服務發展基金獎助經費支出明細表(上半年 1-6 月份)

受補助單位：

據點名稱：

補助年度：115 年度每月報結執行表

計畫名稱：115 年度南投縣醫事機構設置 C 級巷弄長照站

結報 經費 項目	核定金 額(A)	01 月份 結報(B)	02 月份 結報(C)	03 月份 結報(D)	04 月份 結報(E)	05 月份 結報(F)	06 月份 結報(G)	加總 H=B+C+ D+E+F	剩餘執行 金額 (A)-(H)
設施設備費									
-資本門									
-資訊軟硬 體									
設施設備費									
-資本門									
-雜項設備 費									
設施設備費									
-經常門									
業務費									
(1)業務費									
(2)雜支									
志工服務費									
人力加值費									
預防及延緩 失能									
失智症獎助 金									
小計									
備註									

單位承辦人：

單位會計：

單位主管(負責人)：

衛生福利部長期服務發展基金獎助經費支出明細表(下半年 7-12 月份)

受補助單位：

據點名稱：

補助年度：115 年度每月報結執行表

計畫名稱：115 年度南投縣醫事機構設置 C 級巷弄長照站

結報 經費 項目	核定金 額(A)	01-06 月 份已結 報(B)	07 月份 結報(C)	08 月份 結報(D)	09 月份 結報(E)	10 月份 結報(F)	11 月份 結報(G)	12 月份 結報(H)	加總 I=B+C+ D+E+F+ G+ H	剩餘執行 金額 (A)-(I)
設施設備費										
-資本門										
-資訊軟硬 體										
設施設備費										
-資本門										
-雜項設備 費										
設施設備費										
-經常門										
業務費										
(1)業務費										
(2)雜支										
志工服務費										
人力加值費										
預防及延緩 失能										
失智症獎助 金										
小計										
備註										

單位承辦人：

單位會計：

單位主管(負責人)：

受補助單位：_____（單位全銜）

據點名稱：

接受衛生福利部 115 年度長照服務發展基金獎助經費支出憑證明細表

支出日期		摘要	原始憑證編號	支出金額					
月	日			十萬	萬	千	百	十	元
1	6	業務費-電腦耗材-影印機碳粉							
1	8	業務費-瓦斯費							
1	11	業務費-活動講座費							
		1 月份合計							
2	24	業務費-電腦耗材-影印機碳粉							
	28	業務費-活動講座費							
		2 月份合計							
3	6	業務費-器材維護費-點歌機維修							
	15	業務費-文宣印刷-活動照片							
	20	業務費-雜支-垃圾袋							
		3 月份合計							
3	31	3 月份志工費							
		1-3 月份志工費合計							
2	6	設備費-血壓計							
	10	設備費-電腦							
		設備費合計							
1	31	1 月份照服員費用							
2	28	2 月份照服員費用							
3	31	3 月份照服員費用							
1	31	業務費-1 月份照服員勞健保							
2	28	業務費-2 月份照服員勞健保							
3	31	業務費-3 月份照服員勞健保							
3	31	預防期延緩失能照護方案(第 1 期)							
		總計							

填表說明：

1. 請依支出憑證編號順序填列，並依補助項目分類列計金額(小計)，俾利查核。
2. 本表不敷使用請自行增列。

(單 位 全 銜)

黏貼憑證用紙

民國年月日

憑證編號	預算科目	用途	金額						
			百 萬	十 萬	萬	千	百	十	元
		業務費-							

承辦人	出納	會計	單位長官

黏貼線

115 年度南投縣醫事機構設置 C 級巷弄長照站

專職人員服務費用印領清冊

月份	員工 姓名	身分證 統一編號	戶籍地址	薪資	病事假 扣薪	應領 金額	自籌 金額	補助 金額	代扣勞工自付 勞健保、所得稅 等	實領 淨額	簽名或 蓋章	備註
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
年終獎金												
合 計												

備註：

1. 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。
2. 年終獎金計算方式，例如：服務起訖日為 113.03.15-113.12.31，可領取 10/12*1.5。
3. 年資之採認，以符合年終(度)考核，且通過考核為原則，並以會計年度為採計基準，畸零月數不予併計。

受補助單位考核自評：

- ☐ 次年度予以合格
☐ 次年度不予合格

承辦人 單位主管

補助單位考核複評：

- ☐ 次年度予以合格
☐ 次年度不予合格

承辦人 單位主管

接受衛生福利部長照服務發展基金政策性獎助經費 115 年度執行概況考核表 (A4 格式)

中華民國 115 年 月 日起至 115 年 月 日止

單位：新臺幣元

計畫編號	受補助單位	補助計畫	申請時自籌經費	核定補助經費	預定完成日期	實際完成日期	補助經費支出	執行進度%	核銷情形	補助經費支出中 內含補充保費金額	備註 (受益人次)	
											男	女
		醫事機構巷弄長照站計畫 00~00 月份經費補助										
		醫事機構巷弄長照站 資本門 00~00 月份經費補助										
合計												

填表說明：1. 「執行進度%」欄係指計畫工作執行進度，非為經費支出進度。

2. 「申請時自籌經費」欄所列係指申請單位申請時所列之自籌款，「核定補助經費」欄所列係指本署核定之補助金額，「預定完成日期」欄所列係指申請單位申請時所列之預定辦理完成日期，「實際完成日期」欄係指受補助單位計畫辦理完成日期，非指核銷報結日期。

3. 「核銷情形」欄請於計畫執行完成就地審計核銷後，填寫「已核銷」，如有賸餘款、其他收入請隨函繳回，本署據以備查建檔結案。

4. 「累計實支數」，如包含經常支出及資本支出，或經常支出內包含「專業服務費」，受補助單位應另以附件十三之一附表說明其「累計實支數」欄位內「自籌經費支出」及「補助經費支出」之「經常支出」、「資本支出」分配情形；「經常支出」內如包含「專業服務費」亦應分項說明。

5. 備註欄內請填報受益人次。

填表人：

業務主管：

主辦會計：

核轉機關首長：

辦理單位負責人：

接受衛生福利部長照服務發展基金獎助經費

辦理 C 級巷弄長照計畫成果報告

受獎助單位			統一編號	
計畫名稱	115 年度社區整體照顧服務體系-醫事機構設置 C 級巷弄長照站		核定文號	
計畫執行概況	時間	自 年 月 日 至 年 月 日	☐ 與計畫預定時間相同。 ☐ 因故更改時間，原因：	
	辦理時段	☐ 2-5 時段 ☐ 6-9 時段 ☐ 10 時段		
	地點	【服務區域或活動辦理地點】	☐ 與計畫預定地點相同。 ☐ 因故更改地點，原因：	
	【含單位服務時間、活動內容及服務對象】			
受益人數/人次	預期辦理： 受益人數/受益人次	一、 社會參與：每年提供___位長者、___人次以上服務。 二、 健康促進：每年提供___位長者、___人次以上服務。 三、 共餐服務：每年可提供___位長者，共___人次服務。 四、 預防及延緩失能服務：每年辦理___期，提供___位長者，共___人次以上服務。 五、 社區式喘息服務(臨時托顧)：每月可提供___位失能者 GA07 喘息服務，每年服務量達___人、___人次。		
	實際辦理： 受益人數/受益人次	一、 社會參與：每年提供___位長者、___人次以上服務。 二、 健康促進：每年提供___位長者、___人次以上服務。 三、 共餐服務：每年可提供___位長者，共___人次服務。 四、 預防及延緩失能服務：每年辦理___期，提供___位長者，共___人次以上服務。 五、 社區式喘息服務(臨時托顧)：每月可提供___位失能者 GA07 喘息服務，每年服務量達___人、___人次。		
效益評估	【依申請補助計畫書所載效益，評估目標達成情形】			
	預期效益			
	實際效益	【實際效益與預期效益有顯著落差者，請敘明原因及改善方式】		
計畫主辦人			機關 關 防 / 團體 圖記	
聯絡電話				
電子信箱				

115 年度南投縣醫事機構設置 C 級巷弄長照站 成果報告

最美的照片一張

醫事機構：(機構全銜)

機構地址(即公文寄送地址)：

實施期程：自民國115年1月1日起至115年12月31日止

主辦單位：南投縣政府衛生局

機構負責人/職稱：

據點聯絡人/職稱：

聯絡電話：

傳真：

E-mail：

填報日期： 年 月 日

目錄

頁碼

壹、摘要.....	
貳、前言及目的.....	
參、現況分析.....	
肆、執行策略.....	
伍、執行成效.....	
陸、檢討與未來規劃.....	
柒、其他檢附資料(如活動成果)	

壹、摘要

貳、前言及目的

參、現況分析(以服務鄰近里別分析需求人口概況)

肆、執行策略：

一、開辦時段，辦理預防及延緩失能服務期。

服務 項目	執行方式
社會參與	
健康促進	
共餐服務	
預防及延緩失 能服務	載明辦理期數及導入模組課程全名
每月擇一辦理 電話問安或關 懷訪視	
社區式喘息服 務(臨時托顧)	
落實多元轉介	

提供共融服務	
接受指定訓練	
參與備餐相關 培訓	
其他	

二、實際課程表(範例)

	週一	週二	週三	週四	週五	備註
8:30-9:00	早安（看報紙、聽音樂、吃早餐）					
09:00-12:00	EX. 量血壓 及暖身活動 EX. 預防及延緩 失能 (10:00-12:00)	EX. 桌遊	(9:00-10:00) EX. 關心時事 EX. 音樂分享 EX. 活動筋骨 (10:00-12:00) EX. 預防及延緩 失能	EX. 懷舊 歌曲歡唱	EX. 體適 能課程	
12:00-13:00	共餐時光					
13:00-16:00				(13:00-14:30) EX. 手作課程 14:30-16:00 EX. 作品欣賞 EX. 活動筋骨		
16:00-	準備回家					

倘若課程結束請註明其他時間安排活動名稱

伍、執行成效

一、(請簡述及分析單位收案年齡層、男女人數、經費執行率…等)

服務項目	預期效益	實際達成	達成率 100%
收案數		共人 (男： 人) (女： 人)	
社會參與	人/人次	人/人次	
健康促進	人/人次	人/人次	
共餐服務	人/人次	人/人次	
預防及延緩失能	人/人次	人/人次	
電話問安	人/人次	人/人次	
關懷訪視	人/人次	人/人次	
社區式喘息服務(臨時托顧)	人/人次	人/人次	

二、請具體分析預防及延緩失能之成效

陸、檢討與未來規劃

柒、其他檢附資料(請檢附每月 2 張彩色照片，共計 24 張，請自行增加)

辦理 地點		時間	
活動 內容			
照片			
辦理 地點		時間	
活動 內容			
照片			

備註： 本案提供之照片、影片等資料來源；是否皆已取得授權使用：☐是；☐否