

住宿式機構使用者補助方案檢核表(臨櫃辦理)

申請人 (使用機構者或機構簽約人)			
使用機構者		使用機構者 身分證統一編號	
文件名稱		收件人員檢核	
1-1. 申請書(欄位填列完整)		<input type="checkbox"/> 完整 <input type="checkbox"/> 不完整	
1-2. 黏貼使用機構者及申請人身分證		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
1-3. 使用機構者已歿，則需檢附死亡證明或除戶證明影本		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不適用	
1-4. 申請人(或使用機構者)本人存摺影本		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
2. 入住機構契約書影本 (清楚可見入住機構、住民、簽約人、入住期間、簽約日期等資訊，不須整份契約書)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
3. 入住 天數 (擇1項 符合條件 勾選)	3-1 <input type="checkbox"/> 大於180天(含) 檢附114年度入住繳費收據(或繳費證明)影本 (說明:足以證明係由機構開立收費證明，格式不拘。)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	3-2 <input type="checkbox"/> 小於180天 (右列3項併檢核)	3-2-1. 申請切結書(必要) (第一階段申請者必要，若使用機構者已歿則免付)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		3-2-2. 既有住民身份。 (契約書於112年1月1日(不含)前簽約日期)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		3-2-3. 114年度入住繳費收據(或繳費證明)影本。 (足以證明係由機構開立收費證明，格式不拘。)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
4. 申請人或使用機構者存摺影本貼於收據		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
5. 失能等級文件 (擇一提供)	5-1長照需要等級(CMS4級以上)通知書 (或足以出具佐證資料失能等級文件)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	5-2身心障礙證明中度以上影本 (補助起算日至114年12月31日前皆為有效期限)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
6. 委託書(機構委託) 代為收件(申請書為申請人親自填寫)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不適用	
7. 委託領款書(申請人為使用機構者且無金融帳戶) 檢附受託人存摺影本、付費證明文件、受委託人與使用機構者親屬 關係證明文件影本，由使用機構者本人(委託人)親自簽名。		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不適用	
➤ 臨櫃申請人(或受委託人)簽名或蓋章：		臨櫃申請人(或受委託人) 簽名或蓋章處	
<<以下由衛生局當日收件人員填寫>>			
● 收(文)件日期：_____年_____月_____日		● 登打匯整清冊電子檔： <input type="checkbox"/> 完成 <input type="checkbox"/> 未完成	
		收件人員：_____(蓋職章)	

編號：

114年度南投縣政府衛生局

訂定:108.10.08
修訂:111.10.04
修訂:112.05.31
修訂:113.06.24
修訂:114.06.19

住宿式機構使用者補助方案檢核表(臨櫃辦理)

(一) 初審

<input type="checkbox"/> 總表清冊建置(含編號) <input type="checkbox"/> 住民系統 OG-500登載 ※繳費收據金額_____元 全國社政系統查詢是否有同質性補助： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，項目：		
➤ 資格證明(擇一) <input type="checkbox"/> 效期內之中度以上身心障礙證明(效期：____年____月____日至____年____月____日) <input type="checkbox"/> 長照失能等級 CMS 第_____級 <input type="checkbox"/> 既有住民且112年1月1日前(不含)已實際入住		
照管平台114年度機構喘息服務是否與自費入住期間重疊： <input type="checkbox"/> 未曾使用 <input type="checkbox"/> 無重疊 <input type="checkbox"/> 重疊計：____日(____~____)，處理方式：		
初審結果(依據住民系統 OG-400及 OG-500) ※系統累計天數：_____日		
<input type="checkbox"/> 1. 不符合，原因：_____。		
<input type="checkbox"/> 2. 長照失能(需要)等級4級以上或具身心障礙證明中度以上：		
<input type="checkbox"/> 114年度累計入住達180天以上，補助12萬元。		
<input type="checkbox"/> 114年度累計入住未滿180天，就連續住滿1/2日曆天之月份 按月計算補助(每月1萬元計)，符合月份數計_____個月。		
<input type="checkbox"/> 3. 既有住民未經評估或經評估長照失能(需要)等級未達4級		
<input type="checkbox"/> 114年度累計入住達180天以上，補助6萬元。		
<input type="checkbox"/> 114年度累計入住未滿180天，就連續住滿1/2日曆天之月份 按月計算補助(每月5千元計)，符合月份數計_____個月。		
初審結果		
<input type="checkbox"/> 不通過，原因：_____ (另案辦理函復申請人)		
<input type="checkbox"/> 待補件：____年____月____日通知機構人員_____，請於3個工作日補件 應補文件： <input type="checkbox"/> 契約書影本 <input type="checkbox"/> 領據/存摺影本 <input type="checkbox"/> 繳費收據 <input type="checkbox"/> 委託書 <input type="checkbox"/> 其他：		
<input type="checkbox"/> 通過，補助金額： <input type="checkbox"/> 12萬元整 <input type="checkbox"/> 6萬元整 <input type="checkbox"/> 核實撥付_____元整。		
<<續辦理後續核銷作業，下表(二)>>		
初審日期：	初審人員：	督導覆核：

(二) 核銷(送出日期： 年 月 日)

➤ 覆核補助金額：12萬元整 6萬元整 核實撥付 _____元整

➤ 應完成項目檢核：總表 系統核撥狀態更新 ACH 產製並存檔

核銷人員：

督導：