

新竹市政府/新竹市長照管理服務申請表

| | |
|------|--|
| 個案來源 | <input type="checkbox"/> 1.自行 <input type="checkbox"/> 2.電洽 <input type="checkbox"/> 3.轉介(單位：) <input type="checkbox"/> 4.長照 ABC (<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C /單位：) <input type="checkbox"/> 5.失智共照中心(單位：) <input type="checkbox"/> 6.失智社區服務據點(單位：) <input type="checkbox"/> 7.1966 |
|------|--|

一、基本資料： ※同戶中有無長照服務使用者：1.無 2.有·姓名 _____

| | | | | |
|-------------------------|---|------|--|---------|
| 1.姓名 | 2.性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 3.出生 | 民國 年 月 日 | 4.年齡： 歲 |
| 5.身分證字號 (個案編號)： | 6.電話 | | | |
| 7.現居地 | 市(縣) 區(鎮,鄉) 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓 | | | |
| 8.居住狀態 | <input type="checkbox"/> 1.獨居 <input type="checkbox"/> 2.固定與他人同住 <input type="checkbox"/> 3.輪流與他人同住 <input type="checkbox"/> 4.其他： | | | |
| 9.常用語言 | <input type="checkbox"/> 1.國語 <input type="checkbox"/> 2.台語 <input type="checkbox"/> 3.客家語 <input type="checkbox"/> 4.原住民族語 <input type="checkbox"/> 4.其他： | | | |
| 10.身障手冊 | <input type="checkbox"/> 1.否 <input type="checkbox"/> 2.是：障別 (<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度) <input type="checkbox"/> 3.申請中 (申請日期 月 日) | | | |
| 11.身份別 | <input type="checkbox"/> 1.低收入戶： 款 <input type="checkbox"/> 2.中低收入戶： 倍 <input type="checkbox"/> 3.一般戶 <input type="checkbox"/> 4.榮民 <input type="checkbox"/> 5.其他 | | | |
| 12.目前是否領有政府提供之其他照顧補助費用： | <input type="checkbox"/> 1.否 <input type="checkbox"/> 2.是： 元 | | | |
| 13.目前是否就業中： | <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否-> <input type="checkbox"/> 有就業意願 <input type="checkbox"/> 無就業意願 | | 14.目前是否住在機構： <input type="checkbox"/> 1.否 <input type="checkbox"/> 2.是 | |
| 15.目前三個月內是否有住院(含急診經驗)： | <input type="checkbox"/> 1.否 <input type="checkbox"/> 2.是·原因： | | | |
| 16.目前是否聘請看護幫忙照顧： | <input type="checkbox"/> 1.否 <input type="checkbox"/> 2.是 <input type="checkbox"/> 3.申請中 (<input type="checkbox"/> a.本籍 <input type="checkbox"/> b.外籍) | | | |
| 17.疾病狀況 | <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.中風 <input type="checkbox"/> 3.高血壓 <input type="checkbox"/> 4.糖尿病 <input type="checkbox"/> 5.心臟病 <input type="checkbox"/> 6.呼吸器官疾病 <input type="checkbox"/> 7.肝膽腸胃病 <input type="checkbox"/> 8.腎臟病 <input type="checkbox"/> 9.泌尿道疾病 <input type="checkbox"/> 10.骨科疾病 <input type="checkbox"/> 11.精神疾病 <input type="checkbox"/> 12.失智症 <input type="checkbox"/> 13.植物人 <input type="checkbox"/> 14.巴金森氏症 <input type="checkbox"/> 15.癌症： <input type="checkbox"/> 16.傳染疾病： <input type="checkbox"/> 17.其他： | | | |
| 18.欲申請服務項目 (可複選)： | <input type="checkbox"/> 1.照顧服務：(<input type="checkbox"/> 居家服務 <input type="checkbox"/> 日間照顧 <input type="checkbox"/> 家庭托顧) <input type="checkbox"/> 2.醫事專業服務： (<input type="checkbox"/> 復能照護 <input type="checkbox"/> 個別化服務計畫 <input type="checkbox"/> 營養 <input type="checkbox"/> 困擾行為 <input type="checkbox"/> 進食與吞嚥 <input type="checkbox"/> 臥床或長期活動受限 <input type="checkbox"/> 居家護理指導 <input type="checkbox"/> 居家環境安全規劃指導) <input type="checkbox"/> 3.交通接送服務-限定就醫或復健用途 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 4.輔具購買、租借 <input type="checkbox"/> 5.居家無障礙環境改善 <input type="checkbox"/> 6.喘息服務 (機構/居家/日照/小規模夜喘/巷弄喘息) <input type="checkbox"/> 7.營養餐飲服務 <input type="checkbox"/> 8.機構服務 (公費安置) <input type="checkbox"/> 9.失智症照顧服務 <input type="checkbox"/> 10.家庭照顧者支持服務 <input type="checkbox"/> 11.家庭醫師照顧方案 (需搭配上述 1-6 項服務方能使用) <input type="checkbox"/> 12.其他： | | | |

二、聯絡人資訊 (必填*)：

| | | | | | |
|---|------|----|---|--------|----------|
| 19.主要聯絡人* <input type="checkbox"/> 聯絡人 <input type="checkbox"/> 代理人 | 姓名 | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 身分證字號 | |
| | 連絡電話 | | | 出生年月日 | 民國 年 月 日 |
| | 住址 | | | 與申請人關係 | |
| 20.主要照顧者* | 姓名 | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 身分證字號 | |
| | 連絡電話 | | | 出生年月日 | 民國 年 月 日 |
| | 住址 | | | 與申請人關係 | |

※最後煩請您再詳細檢視上述所填之資料是否完全屬實；如經查證以詐欺或其他不正當行為或虛偽之證明申請補助費用者，應負一切法律責任，並返還已支付之服務補助經費※

申請人(或代理人)簽名：_____ 申請日期：__年__月__日 中心處理日期__年__月__日

| | |
|-----------------------------------|---|
| 照管中心 審核結果 開(派)案日期 __月__日 | <input type="checkbox"/> 開案(<input type="checkbox"/> 不需失能評估 <input type="checkbox"/> 需評估) 家訪日期__年__月__日 <input type="checkbox"/> 不開案·原因： |
| | 主責照專： _____ 審核人： _____ |

請傳真至本中心 (03)5355230 後，並致電 03-5355283 確認，謝謝！

2023-2-10 更新

新竹市失智照護服務計畫轉介單

轉介日期： 年 月 日

轉介單位資料

| | | | |
|------|---|--------|------|
| 轉介單位 | <input type="checkbox"/> 失智共同照護中心：_____ <input type="checkbox"/> 長期照顧管理中心 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | | |
| | <input type="checkbox"/> 失智社區服務據點(含權責型)：_____ <input type="checkbox"/> 巷弄長照站：_____ | | |
| 轉介人員 | | E-mail | |
| 單位電話 | () | 分機 | 單位傳真 |

個案基本資料與評估

| | | | | | |
|----------------|--|------|--|-------|------------|
| 姓名 | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 身份證字號 | |
| 出生 | 民國 年 月 日 | 慣用語言 | <input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 台語 <input type="checkbox"/> 客語 <input type="checkbox"/> 其他_____ | | |
| 緊急連絡人 | | 關係 | | 連絡電話 | 市話： 手機： |
| 現居地址 | (含里別) | | | | |
| 認知評估 | <input type="checkbox"/> CDR： <input type="checkbox"/> MMSE： <input type="checkbox"/> AD-8： <input type="checkbox"/> 未評估 | | | | |
| 失智症確診 | <input type="checkbox"/> 尚未確診 <input type="checkbox"/> 極輕度 <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 | | | | |
| 個案摘要 (個案狀況) | | | | | |
| 已提供服務摘要 | | | | | |
| 轉介服務需求 | <input type="checkbox"/> 共照中心：個案管理、醫療照護、資源連結、生活理財、其他：_____。 <input type="checkbox"/> 失智據點：認知促進緩和失智、照顧者支持團體、照顧課程、其他：_____。 <input type="checkbox"/> 巷弄長照站：社會參與、健康促進、共餐服務、預防及延緩失能服務。 <input type="checkbox"/> 文化健康站：簡易健康照顧服務、延緩老化失能活動、營養餐飲服務、居家關懷服務、生活與照顧諮詢。 <input type="checkbox"/> 社區關懷據點：關懷訪視、電話問安、餐飲服務、健康促進活動、社會參與。 | | | | |

家屬是否同意轉介至其他服務單位 是 家屬簽名：_____

受轉介單位資料

| | | | | | |
|-------|---|-------|-------|-----|--|
| 受轉介單位 | <input type="checkbox"/> 失智共照中心 <input type="checkbox"/> 巷弄長照站 <input type="checkbox"/> 失智據點(含權責型) <input type="checkbox"/> 文化健康站 <input type="checkbox"/> 社區關懷據點 | 單位名稱： | | | |
| | | 聯絡電話 | | 聯絡人 | |
| 處理結果 | <input type="checkbox"/> 轉介提供服務項目： | | 服務日期： | | |
| | <input type="checkbox"/> 無法提供服務原因： | | 拒絕日期： | | |
| | <input type="checkbox"/> 需要其他佐證： | | | | |

回覆日期： 年 月 日

註：1. 受轉介單位請於收到轉介單後 7 天內回覆。

2. 轉介單位請收到回覆後將表單留存，並於 14 日內以 E-mail(71167@ems.hccg.gov.tw、71137@ems.hccg.gov.tw)方式，電子檔案加密回寄本表至衛生局。

切結書

本單位 (單位名稱) 接受貴局獎助辦理權責型失智社區服務據點，茲切結同意配合實名制相關措施，掌握服務個案基本資料、出席情形等資訊，倘有未配合辦理情事，願繳回相關獎助款項，特立此切結為證。

此致

新竹市衛生局

申請機構(單位)：

(請蓋大小章)

負責人：

新竹市衛生局
113 年度權責型失智社區服務據點
試辦計畫計畫書

計畫名稱：設置權責型失智社區服務據點

執行單位：

區域里別：

中華民國 年 月

目 錄

頁 碼

壹、綜合資料

貳、計畫緣起

1. 依據

2. 背景說明

(一) 現況分析及未來環境預測服務需求面分析

(二) 服務供給面分析

參、計畫期程

肆、計畫目標

1. 目標說明

2. 預期績效指標

伍、執行策略及方法

1. 主要執行策略(含人力資源管理)

2. 品質管控機制

3. 規劃 BPSD 失智症者照顧計畫，須包含緊急事件處理流程及失智個案出現 BPSD 症狀時之緊急應變措施。

4. 感染管制措施

5. 滿意度調查方式

6. 分期工作項目

陸、預定進度

柒、經費需求與來源

捌、預期效益

玖、未來規劃

壹拾、 附件資料

壹、綜合資料

| | | | | | | | | | | |
|------------------|---|----|-----|--------|-----|----|--------|----|-----|----|
| 計畫名稱 | 113年度「權責型失智社區服務據點試辦計畫」 | | | | | | | | | |
| 申請單位 | | | | | | | | | | |
| 執行地點 | | | | | | | | | | |
| 執行期限 | 自核定日起至 113 年 12 月 31 日止(新增型單位) | | | | | | | | | |
| 申請服務人數 | 是否申請第二班： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 BPSD _____ 人，共計 _____ 人 | | | | | | | | | |
| 服務日數 (第____班) | 星期一 | | 星期二 | | 星期三 | | 星期四 | | 星期五 | |
| | 上午 | 下午 | 上午 | 下午 | 上午 | 下午 | 上午 | 下午 | 上午 | 下午 |
| | | | | | | | | | | |
| | 計_____整天_____半天，_____時段。 | | | | | | | | | |
| 服務時間 | 上午 _____ : _____ 至 _____ : _____ / 下午 _____ : _____ 至 _____ : _____ | | | | | | | | | |
| 申請金額 (單位：元) | (一)開辦設施設備費 及材料費 | | | (二)活動費 | | | (三)營運費 | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 總經費 (單位：元) | | | | | | | | | | |
| 負責人 | | | 職稱 | | | 電話 | | | | |
| 計畫承辦人 | | | 職稱 | | | 電話 | | | | |
| E-mail | | | | | | | | | | |
| 連絡地址 | | | | | | | | | | |

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：請就本市長期照顧需求人口之城鄉、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：請就本市長期照顧服務資源、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 113 年 12 月 31 日止(新增型單位)

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 <small>註 1</small> |
|-------------------|-------------|--------------------------------|---------------------------|
| 權責型失智 據點服務 | 併有 BPSD 個案數 | _____人 | |
| | 照顧者人數 | _____人 | |
| 辦理 1966 及長照服務社區宣導 | | _____1_____場 | |
| 經費執行率 | | 執行經費數/本局核定經費數 x100%須達 85%以上 | |
| (可另行增列其他 KPI) | | | |

(如篇幅不足，請自行增列)

註 1：目標值請填報預計至 113 年 12 月 31 日之累計目標值。

伍、執行策略及方法

- 一、主要執行策略：請明確詳細說明計畫執行策略【包括個案管理及個案轉介流程、組織架構、人力資源管理(人事背景、契約書、學經歷及失智症相關訓練證明文件)、場地規劃(含場地配置圖、空間規劃、場地公共意外責任險等)、據點課程表或活動內容規劃、服務項目、在地資源連結、效益及宣導活動之規劃，如為辦理人才培訓，應先安排分梯辦理培訓課程等】。
- 二、品質管控機制：請依計畫需求，以條列式具體說明如何提升量能及品質，(如為辦理預防及延緩失能照護服務應建立服務管理與品質機制，內容包括選擇合適方案、開班管理、課程品質管理、緊急應變機制、評估前後測管理、對方案及指導員服務品質回饋機制)。
- 三、規劃 BPSD 失智症者照顧計畫，須包含緊急事件處理流程及失智個案出現 BPSD 症狀時之緊急應變措施。
- 四、感染管制措施【包含流程圖、管控機制及場地配置空間規劃圖】。
- 五、滿意度調查方式【請分別個案、照顧者，每人每年至少進行 1 次，如提早結案，應於結案前完成】。
- 六、申訴流程及方式【包含流程圖、申訴管道、回饋機制等】。
- 七、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。

陸、預定進度(以甘特圖表示，可另行增列其他項目，但至少應包括衛生福利部及本局所列工作項目)

| 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 |
| 計畫書送件 | | | | | | | | | | | | |
| 認知促進、緩和失智課程 | | | | | | | | | | | | |
| 照顧者支持團體 | | | | | | | | | | | | |

| 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 |
| 照顧者照顧訓練課程 | | | | | | | | | | | | |
| 滿意度調查(個案、家屬) | | | | | | | | | | | | |
| 1966 及長照服務社區宣導 | | | | | | | | | | | | |
| 繳交期末成果報告 | | | | | | | | | | | | |
| (可另行增列其他項目) | | | | | | | | | | | | |

(如篇幅不足，請自行增列)

柒、經費需求與來源：

1. 服務單位請依 **113** 年度衛生福利部權責型失智據點試辦計畫經費編列基準及使用範圍(附件 10)詳實編列。
2. 預估總經費：

| 經費項目 | 費用 | 天數/期 | 小計 | 備註說明 |
|-----------------|----|------|----|----------------------------|
| 活動費 | | | | BPSD 個案： 一般戶/中低收入戶/低收入戶 |
| 營運費 | | | | |
| 開辦設施設備費 及材料費 | | | | |
| 申請總經費 | | | | |

3. 經費概算：(表格項目及說明範例僅供參考，單位可酌以調整)。

| 活動費 | | | | | |
|--------------------------------|----|----|----|-------------|--|
| 項目 | 單位 | 單價 | 數量 | 預估經費 (元) | 說明 |
| 活動費 | | | | | 依失智照護服務系統之服務時段活動人數及活動費，按次獎助失智據點服務費。需檢附失智照護服務系統之據點服務費總表及明細 Excel 表。 |
| 營運費 (獎助項目包含人事費、業務費、設備費及管理費) | | | | | |
| (一)、 人事費 | | | | | |
| 項目 | 單位 | 單價 | 數量 | 預估經費 (元) | 說明 |
| 研究助理 薪資 | 月 | | | | 執行本計畫所需聘僱之專、兼任助理人員薪資。 |
| 保險-勞保 | 月 | | | | 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。覆實核銷。 |
| 保險-健保 | 月 | | | | 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。覆實核銷。 |
| 公提離職 儲金或勞 工退休金 | 月 | | | | 執行本計畫所需聘僱助理人員之公提離職儲金或公提勞工退休金。覆實核銷。 |
| 小計 | | | | | |
| (二)、 業務費 | | | | | |
| 項目 | 單位 | 單價 | 數量 | 預估經費 (元) | 說明 |
| 講座鐘點 費(外聘) | 時 | | | | 實施本計畫所需訓練研討活動之授課演講鐘點費，外聘專家學者每節鐘點費上限 2,000 元。 |
| 講座鐘點 費(內聘) | 時 | | | | 實施本計畫所需訓練研討活動之授課演講鐘點費，內聘專家學者每節鐘點費上限 1,000 元。 |
| 臨時工資 | 時 | | | | 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。 |
| 文具紙張 | 式 | | | | 實施本計畫所需油墨、碳粉匣、紙張、文具等費用。 |

| | | | | | |
|-----|----|--|--|--|---|
| 郵電費 | 年 | | | | 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。 |
| 印刷費 | 式 | | | | 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 | 月 | | | | 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。 |
| 材料費 | 式 | | | | 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。 |
| 餐費 | 人次 | | | | 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。每人每次最高 100 元。 |
| 雜支費 | 式 | | | | 實施本計畫所需之雜項費用。最高以業務費扣除國外旅費後之金額百分之五為上限，且不得超過 10 萬元。 |
| 保險 | 式 | | | | 實施本計畫執行需要辦理服務之相關保險。 |
| 小計 | | | | | |

(三)、 管理費

| 項目 | 單位 | 單價 | 數量 | 預估經費 (元) | 說明 |
|----------|----|----|----|-------------|---|
| 二代健保補充保費 | 式 | | | | 依全民健康保險法之規定，受補(捐)助單位因執行本計畫所應負擔之補充保險費。覆實核銷。 |
| 水費 | 月 | | | | |
| 電費 | 月 | | | | |
| 加班費 | 時 | | | | 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 |
| 小計 | | | | | |

開辦設施設備費及材料費

| 項目 | 單位 | 單價 | 數量 | 預估經費 (元) | 說明 |
|----|----|----|----|-------------|----|
|----|----|----|----|-------------|----|

| | | | | |
|-----|---|--|--|---|
| 設備費 | 台 | | | <p>1. 每處新設置據點（包含新設置及一般型失智據點轉型設置）予一次性獎助，最高獎助新臺幣50萬元為限，且需以不同設置地址為限，補助項目以辦理權責型失智據點（含公共安全設施設備費）必要之設施設備及材料為限，已於其他補助項目接受相關設施設備補助者，不應重複補助。</p> <p>2. 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）。應於計畫書列明支用項目，並說明需求原因，經地方政府認可後，始得據以編列，並不得超過10萬元。</p> <p>3. 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>4. 營運未滿3年有撤點情形者，應按核定補助日起，依未使用月份比率，由<u>本局</u>彙整後於核銷時一併繳回；設施設備所有權交由受補助單位管理，或交<u>本局</u>籌運用分配。</p> |
| 材料費 | 式 | | | |
| 小計 | | | | |
| 總計 | | | | 活動費、營運費、開辦設施設備費及材料費 |

捌、預期效益

玖、未來規劃

壹拾、附件資料

1. 租屋相關證明(非醫院內場地須提供)
2. 實名制切結書
3. 據點服務人員完成相關訓練證書
4. 申請補助案-公務人員及關係人身分關係聲明書

113 年度「權責型失智社區服務據點試辦計畫」布建清單

設置權責型失智社區服務據點計畫之核定單位

新竹市

單位：新臺幣元

| 編號 | 行政區 | 系統編號 | 核定單位 | 服務項目 | | | | 每時 段服 務人 數 | 活動費個案服務 (人數) | | 開辦設 施設備 費 | (經費 合計) | 核定 經費 上限 | 補助 經費 | 核定日期(按 時間排序) | 轉 型 |
|-----------|-----|------|----------|-------------------|----------|-------------------|-----------------|---------------------|--------------------|-----------------|-----------------|------------|----------------|----------|-----------------------------------|--------|
| | | | | 認知促 進、緩 和失智 | 安全看 視 | 照顧者 照顧訓 練課程 | 照顧者 支持團 體 | | BPSD 失 智症個 案 | 照顧者 課程人 數 | | | | | | |
| 1 | ○○區 | | ○○○ ○ | v | - | v | - | 12 | 1 | 3 | | | | | 113 年○月○ 日至 113 年 12 月 31 日 | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 總計 | | | | | | | | | | | | | | | | |

註：核定經費上限依核定月數按比例計算(核定經費*執行月數 / 12) ，如實際服務月數少於核定月數，則以實際服務月數採計。

**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)

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。

113 年度權責型失智社區服務據點計畫

設置權責型失智據點申請檢核表

113.05.20 訂

| 項目 | 檢核內容 | 檢核結果 |
|------|---|--|
| 計畫申請 | 1. 於公告期限內函送計畫申請書，送件時間：_____ | <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 |
| | 2. 提交執行計畫書 1 式 5 份(含公務人員及關係人身分關係聲明書，附件 9/揭露表)及電子檔。 | <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 |
| 執行單位 | 醫事執行單位：_____ | <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 |
| 執行項目 | <input type="checkbox"/> 認知促進、緩和失能(含安全看視) <input type="checkbox"/> 照顧者支持團體(含安全看視) <input type="checkbox"/> 照顧者照顧課程(含安全看視) | |
| | 1. 申請項目應至少包含認知促進、緩和失智及照顧者支持團體或照顧者照顧課程。 | <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 |
| | 2. 認知促進、緩和失智課程應每週辦理且固定時段。 | <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 |
| | 3. 認知促進、緩和失智課程總數多於照顧者支持團體或照顧者照顧課程之合計。 | <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 |
| | 4. 每服務時段(中午/下午)有辦理共餐活動。 | <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不適用 |
| 執行地點 | 1. 執行地址：_____ | |
| | 2. 執行地點屬性： <input type="checkbox"/> 單位自有 <input type="checkbox"/> 租/借用，公有空間：_____ <input type="checkbox"/> 租/借用，私有空間：_____ <input type="checkbox"/> 場地租(借)用相關證明文件(場地如涉及其他使用目的，應檢附相關業務權責主管機關備查文件)。 | <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 |
| | 3. 執行地點有無與其他長期照顧補助方案同址及同時段： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，方案名稱：_____ | <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 |
| | 備註：執行地點不與其他長期照顧相關政府補助方案同位址為原則。 | |
| 執行時間 | 4. 執行地點空間規劃說明： <input type="checkbox"/> 現場照片 <input type="checkbox"/> 場地使用配置平面圖(包含場地使用配置圖，並說明總坪數、現有場所及逃生出入口處、各項服務場地空間配置、無障礙情形等)。 | <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 |
| | 申請期程及時段： | |
| | 1. 申請執行期程應符合計畫作業須知規定。 | <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 |
| 執行經費 | 2. 申請執行時段應符合計畫作業須知規定。 | <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 |
| | 申請總經費：_____元 權責型失智社區服務據點經費：_____元 | |
| | 1. 補助經費編列項目或費用支出規範應符合計畫基準及使用範圍。 | <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 |
| | 2. 申請補助總經費符合計畫補助標準。 | <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 |

備註：配合中央政策予以修正。

單位簽章：

負責人簽章：

113年度「權責型 失智社區服務據點試辦計畫」 期中(末)成果報告

計畫名稱：

設置權責型失智據點

執行單位：

(部分經費來自菸品健康福利捐)

壹、績效指標執行情形(期末報告請填報，若無相關指標項目請刪除)

| 關鍵績效指標 | | 評估標準 | 目標值 ^{#1} (A) | 實際值 (B) | 達成率 (B/A)*100% |
|--------------------------|----------|------------------------------------|--------------------------|------------|-------------------|
| 權責型 失智據 點服務 | BPSD 個案數 | | | | |
| | 照顧者人數 | | | | |
| 照顧者支持團體或照顧者照顧訓練課程(得擇一辦理) | | _____場次 | | | |
| | | _____場次 | | | |
| 辦理 1966、長照服務社區宣導 | | 1 場 | | | |
| 經費執行率 | | 執行經費數/本局核定 經費數 x100%須達 85%以上 | | | |
| (請依執行規劃書增列之 KPI 填列) | | | | | |

(如篇幅不足，請自行增列)

註 1：目標值請填報至 113 年 12 月 31 日之累計目標值。

貳、服務失智症個案故事至少 1 則(如提昇失智家庭的生活品質、促進社會參與及減輕照顧者壓力等)(期末報告請填報)

參、各項服務執行成果(期末報告請填報)

- 一、權責型失智社區服務失智據點：請至失智照護服務管理系統下載。
- 二、權責型失智社區服務失智據點提交轉介清冊一份，詳附表一。
- 三、配合辦理事項：(如：人才培訓、失智據點輔導及聯繫會議辦理情形)。
- 四、其他(如：在地化特色服務等)。

肆、檢討與改善方案(期末報告必填)

- 一、「績效指標」實際值未達目標值 90%之檢討及改善策略。
- 二、權責型失智據點/失智共照中心合作機制(含個案清冊並註明被轉介單位)、運作問題及改善方案。

| 序號 | 個案姓名 | 轉介單位 |
|----|------|--------------------|
| 1 | 黃○○ | 權責型○○○據點→新竹○○○共照中心 |

伍、其他檢附資料（如：活動照片花絮等）（期末報告請填報）

附表一：113 年權責型失智社區服務據點轉介其他單位清冊一覽表

| 單位： | | | | | |
|-----|------|----------|------|------|--------|
| 序號 | 個案姓名 | 轉介單位 | 服務日期 | 轉介日期 | 轉介後續追蹤 |
| 1 | 黃○華 | ○○○巷弄長照站 | | | |
| 2 | 王○明 | ○○○文健站 | | | |
| | | ○○○照管中心 | | | 使用居服 |

註：權責型失智社區服務據點執行轉介個案至一般型失智社區服務據點、照管中心、巷弄長照站、文化健康站或社區關懷據點接受服務者，須於末報告中呈現個案清冊及註明被轉介到何單位，並繳交電子檔一份。

衛生福利部補助計畫收支明細表（權責型失智據點用）

補助單位(地方政府)：

受補助單位(權責型失智據點)：

補助年度： 113 年度

計畫名稱：「權責型失智社區服務據點試辦計畫」（計畫：設置權責型失智據點）

單位：元

| 核撥 | 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 |
| | 金額\$ 元 | 金額\$ 元 | 金額\$ 元 |
| 經費預算核撥 | | 第一次餘（絀）數 | 第二次餘（絀）數 |
| | | 金額\$ 元 | 金額\$ 元 |
| | 第一次結報日期 | 第二次結報日期 | |
| | ----年----月----日 | ----年----月----日 | |
| | 金額\$ 元 | 金額\$ 元 | |
| 一、開辦設施設備及材料費 | | | |
| 二、活動費 | | | |
| 三、營運費 | | | |
| 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)助單位免解繳本局；其餘併同其他衍生收入及結餘款，應於結報時解繳本局)。 | | |

製表人

覆核

會計人員

單位首長
(簽約代表人)

申請補助案-公務人員及關係人身分關係聲明書

申請單位(機構)全銜：

計畫名稱：113年度「權責型失智社區服務據點試辦計畫」

權責型失智社區服務據點

執行單位(機構)

聲明如下：

本單位(機構) (是 否) 為公職人員利益衝突迴避法第2條、第3條所稱公職人員或其關係人。

備註：勾選「是」者，應填寫「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揭露表」，未揭露者，依公職人員利益衝突迴避法第18條第3項規定，將處以罰鍰。(相關法規請參閱揭露表內容。)

此致

新竹市衛生局

單位(機構)負責人：

簽名及蓋大小章

中華民國 年 月 日

113年度衛生福利部權責型失智據點試辦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 | | |
| 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 | | |
| 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。 計畫項下已列支主持費等酬勞者不得支領本項費用。 | 講座鐘點費分內聘及外聘二部分： 1. 外聘： (1) 國外聘請者：得由主辦機關衡酌國外專家學者國際聲譽、學術地位、課程內容及延聘難易程度等相關條件自行訂定。 |

| 項目名稱 | 說明 | 編列標準 |
|-------------------------|--|---|
| <p>臨時工資（含其他雇主應負擔項目）</p> | <p>執行預防延緩失智照護方案支給師資鐘點費。</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> | <p>(2) 國內聘請者:專家學者每節鐘點費 2,000 為上限，與主辦或訓練機關(構)學校有隸屬關係之機關(構)學校人員，每節鐘點費 1,500 百元為上限。</p> <p>2. 內聘:主辦或訓練機關(構)學校人員，每節鐘點費 1,000 元為上限。</p> <p>3. 講座助理:協助教學並實際授課人員，每節鐘點費比照同一課程講座減半支給。</p> <p>授課時間每節 50 分鐘。</p> <p>指導員（主要帶領者）：衛福部預防延緩失能指導員資格之師資或指導員，支付依「講座鐘點費支給表」辦理上限 1,200 元/小時。</p> <p>協助員（協同帶領者）：不限為專業人員為原則，支付上限 500 元/小時。</p> <p>依計畫執行機構自行訂定之標準按工作性質編列（每人天以八小時估算，實際執行時依勞動基準法相關規定核實報支），如需編列雇主負擔之勞健保費及公提勞工退休金則另計。</p> |
| <p>文具紙張</p> | <p>實施本計畫所需油墨、碳粉匣、紙張、文具等費用。</p> | |

| 項目名稱 | 說明 | 編列標準 |
|---|---|--|
| <p>郵電</p> <p>印刷</p> <p>租金</p> <p>油脂</p> | <p>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。</p> <p>實施本計畫所需書表、成果報告等之印刷裝訂費及影印費。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> | <p>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。</p> <p>車輛租用僅限於從事因執行獎助計畫之必要業務進行實地審查或實地輔導查核時所產生之相關人員接駁或搬運資料、儀器設備等用途，須提出證明文件，得列入本項，且不得重複報支差旅交通費。</p> |
| <p>電腦處理費</p> <p>材料費</p> | <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</p> | |

| 項目名稱 | 說明 | 編列標準 |
|--|---|---|
| <p>出席費</p> <p>國內旅費</p> <p>餐費</p> <p>其他</p> | <p>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。</p> <p>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。</p> <p>差旅費分為交通費、住宿費、雜費。</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>參加中央或地方政府舉辦實施本計畫相關之研討會或會議。</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>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>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 2,000/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> <p>申請餐費，每人次最高 100 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>保險</p> <p>雜支費</p> | <p>實施本計畫執行需要辦理服務之相關保險。受補(捐)助單位應於計畫書列明支用項目，並說明需求原因，經地方政府認可後，始得據以編列。</p> <p>受補(捐)助單位以自有車輛接送失智個案至失智據點參加活動，應投保乘客責任險。</p> <p>實施本計畫所需之雜項費用。</p> | <p>限與執行本計畫有關，最高以業務費之金額 5%為上限，且不得超過 10 萬元。</p> <p>最高以業務費扣除國外旅費</p> |

| 項目名稱 | 說明 | 編列標準 |
|------|--|---|
| | | 後之金額百分之五為上限，且不得超過 10 萬元。 |
| 設備費 | <p>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。</p> <p>此科目僅限失智社區服務據點得以編列。</p> <p>服務單位應於計畫書列明支用項目，並說明需求原因，經地方政府認可後，始得據以編列，並不得超過 10 萬元。</p> <p>應造冊管理(列財產增加單)，並黏貼財產標籤，5 年內不得重複申請相同設備品項；因故接受補助設備費之失智據點，營運未滿 3 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。</p> | 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。 |
| 管理費 | <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. 分攤由受補(捐)獎助單位專任人員，因出差、請假或休假時，受補(捐)獎助單位之其他人員支援專任人員薪資。 4. 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。 5. 依全民健康保險法之規定，受補(捐)助單位因執行本計畫所應負擔之補充保險費(編列基準請依中央健康保險署之最新版本辦理)。 6. 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 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 直轄市及縣(市)政府僅能編列項目 5。 2. 倘失智據點實有以受補(捐)獎助單位人員支援失智據點業務之必要，須事先將單位內支援人力列冊提供予地方政府核備，且分攤受補(捐)獎助單位之其他人員支援專任人員薪資，需以名冊內人員為限，其亦須符合失智據點服務人員資格並完成相關訓練，始得補助支援專任人員薪資費用。 3. (人事費+業務費)×10%為上限。 |

| 項目名稱 | 說明 | 編列標準 |
|------|--------------------------------------|------|
| | 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。 | |