

114年度高雄市住宿式服務機構使用者補助方案查檢表

入住機構名稱：機構編號-機構名稱(簡稱即可)

應檢附資料	資料是否齊備(勾選)
1. 申請書	☐ 是 ☐ 否
2. 入住機構契約書影本	
3. 繳費收據影本(6個月)	
4. 身分證正反面影本	
5. 匯款存摺影本	
6. 委託書(非申請人本人則須檢附)	
申請資格	確認結果(勾選)
機構是否已登打【衛生福利部長照機構暨長照人員相關管理資訊系統-住民入住資訊】	☐ 是(為本市機構住民且114年實際入住累計達180天以上；不含機構喘息服務期間天數) ☐ 否
機構收件人員簽章：	

114年度高雄市住宿式服務機構使用者補助方案查檢表

①案件編號(由地方政府填寫)：1 1 4 衛 _ _ _ _	
檢送證明文件：_____張	◆收件人員核章：
申請日期： 年 月 日	
申請人(勾選)： ☐ 使用機構者本人：_____ ☐ 機構簽約人：_____	
入住機構名稱： ☐ 護家 ☐ 精神護家 ☐ 住宿式長照機構	

②檢附資料查檢表：	
項目	資料是否符合齊備(勾選)
申請書	☐ 是 ☐ 否
入住機構契約書影本	☐ 是 ☐ 否
繳費收據影本(6個月以上)	☐ 是 ☐ 否
身分證正反面影本	☐ 機構住民本人 ☐ 機構簽約人
長照等級核定函/身心障礙證明	☐ 長照等級核定_____級 ☐ 身心障礙證明_____度
匯款存摺影本	☐ 機構住民本人 ☐ 機構簽約人
委託書(非申請人本人則須檢附)	☐ 是 ☐ 否(本人)
☐ 撤銷社會補助公文(撤銷日期：_____) ☐ 切結書(既有住民6萬-111.12.31前入住)	

③比對住民資格項目：	
是否使用機構喘息(領有長照給付及支付補助)	☐ 是，期間：_____ ☐ 否
是否具長照需要等級4級/身心障礙中度	☐ 長照四級以上 ☐ 身障中度以上 ☐ 否
本市機構住民且實際入住累計達180天以上	☐ 是(114/1/1起算，不含機構喘息服務期間天數) ☐ 否
④比對接受補助項目：	
是否領有中低收入失能老人機構公費安置補助者	☐ 是 ☐ 否
114年度曾經或已經請領身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費	☐ 是 ☐ 否
補助金額：_____月_____萬元(入住期間：_____)	
◆初審/比對人員核章：	

⑤資料建檔日期：_____ ◆建檔人員核章：

⑥衛生福利部長照機構暨長照人員相關管理資訊系統(500)登打 _____ ◆人員核章：

⑦ 複審結果： ☐ 通過 ☐ 不通過	
◆複審人員核章：	◆承辦人員：

行政院補助 住宿式服務機構使用者補助方案申請書

★(申請期限至115年3月1日止，逾期不予受理)

項 目		內 容	
基本資料	申請人 (註1)	申請人姓名	
		身分證統一編號	
		身分	請勾選(可複選): 1. ☐ 入住機構本人 2. ☐ 機構簽約人
		收件地址 (須可供書面核定函寄達)	
		連絡電話	
	使用 機構者 (註2)	使用機構者姓名(住民)	
		身分證統一編號	
		長照需要等級	_____級〔評估日期: _____〕
		身心障礙等級	_____度〔效期: _____〕
	入住機構 類型及 天數	入住機構 1	類型 (註3)
機構全銜			
機構地址			
入住起迄日期			
入住天數			☐ 180天以上 ☐ 其他: _____
入住機構 2		類型 (註3)	
		機構全銜	
		機構地址	
		入住起迄日期	
		入住天數	
1. 入住機構天數累計應達180天以上(註4) 2. 當年度累計未達180天，則逐月檢核登錄於長照機構人員管理系統中之每月入住天數，就住滿1/2日曆天之月份，每月給予補助總金額1/12。			

項 目		內 容
	檢 附 文 件 影 本 各一式 1 份	請勾選： 1. ☐ 使用機構者身分證(請黏貼) 2. ☐ 申請人身分證(請黏貼) 3. ☐ 入住機構契約書(可確認入住機構、住民、簽約人、入住期間、照護費用、簽約日期等資訊之部分) 4. ☐ 繳費收據或繳費證明 5. ☐ 申請人(住民或簽約人)本人存摺 6. ☐ 長照需要等級核定函 7. ☐ 身心障礙證明 8. ☐ 縣市政府通知付費函(依兒童及少年福利與權益保障法委託安置者)
請 領 補 助 狀 況	114年度是否已請領住宿式服務機構使用者補助費用？	請勾選： 1. ☐ 是 2. ☐ 否
	114年度是否曾經或已經請領社會局身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用？	請勾選： 1. ☐ 是 2. ☐ 否
	1. 本年度曾經或已經依身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助辦法第2條規定領取補助、領有中低收入失能老人機構公費安置費補助、領有身心障礙手冊/證明之兒童及少年，經主管機關依兒童及少年福利與權益保障法安置於兒童及少年福利機構，且家長未付費者、輔導會所屬榮民之家之安養床、失能養護床公費及失智養護床公費使用者、輔導會所屬醫療機構附設護理之家收住之公務預算補助住民，本案不予補助。 2. 按「長期照顧服務申請及給付辦法」規定，住宿式機構之服務使用者不適用該辦法之補助，爰領取本補助之住民不得使用前開辦法之服務。 3. 領取本方案補助後，當年度不得再申請第一點相關(除依法安置之兒少外)費用補助。	
匯 款 資 料	存 款 人 姓 名	
	金融機構全銜 (含分行名稱)	
	存 款 種 類	☐ 郵局通儲戶 ☐ 活期/綜合/台幣/證券
	帳 戶 號 碼	

項 目	內 容
(註 5)	若申請人為使用機構者本人時，惟使用機構者本人確無金融帳戶，可簽具委託書委託本補助費用以匯款方式發放至受委託人金融帳戶，惟申請人另需檢附以下文件： 1. ☐使用機構者(即委託人)於114年1月1日起至114年12月31日期間，實際入住機構天數累計達180天以上，由受託人付費之足資證明文件影本。 2. ☐使用機構者(即委託人)簽具之委託書正本。 3. ☐受委託人存摺影本。 4. ☐受委託人與使用機構者(即委託人)之親屬等相關關係之證明影本。
個人 資 料 保 護	☐ 本案申請者所提供之資訊，以為本府審核領取補助資格、撥款及於衛生福利部資訊系統建立申請人之個人資料，並依政策需要進行分析，或由相關政府機關（構）、學術研究單位利用去識別個人化，無法辨識特定個人之資料進行學術研究，以利長照政策之持續推動與發展，衛生福利部及本府依相關規定盡資料保密之責。
知 悉 事 項	☐ 本補助係行政院統一訂定、地方政府協助發放，匯款時將於存摺備註“ 行政院發 ”。
申請人簽名或蓋章： 申請日期： 年 月 日	

身心障礙證明影本黏貼處

使用機構者
〔住民〕

身分證正面影本黏貼處

使用機構者
〔住民〕

身分證反面影本黏貼處

使用機構者
〔住民〕

★申請人若為機構簽約人時則需附申請人身分證

身分證正面影本黏貼處

申請人
〔住民或簽約人〕

身分證反面影本黏貼處

申請人
〔住民或簽約人〕

存摺影本黏貼處

（需可辨識存款人姓名、含分行名稱之金融機構全銜、存款種類、帳戶號碼）

★年金專戶/外幣帳戶不適用

註1：申請人(限使用機構者本人或機構簽約人)，使用機構者本人優先。

註2：使用機構者同申請人時，請填「同申請人」。

註3：使用機構者入住依法設立各類住宿式服務機構，包含一般護理之家、精神護理之家、老人福利機構(除安養床外)、身心障礙福利機構、國軍退除役官兵輔導委員會所屬榮譽國民之家(自費失能養護床、自費失智養護床)、兒童及少年安置及教養機構(依兒童及少年福利與權益保障法委託安置且領有身心障礙手冊/證明者)及提供住宿式服務之長期照顧服務機構。

註4：

- (1) 機構喘息服務(領有長期照顧給付及支付補助)期間不列計。
- (2) 出入機構算進不算出，不重複列計。
- (3) 入住超過2間以上機構，請自行增列欄位。
- (4) 符合補助條件之使用機構者，於申請日前已離開機構返家或已歿者，因已有入住機構事實，亦可提出申請。

註5：

- (1) 申請人若為使用機構者，應提供其本人之匯款資料；申請人若為機構簽約人，則可提供機構簽約人本人或使用機構者本人之匯款資料，並檢附其存摺影本資料。
- (2) 若申請人為使用機構者本人時，惟使用機構者本人確無金融帳戶，可簽具委託書委託本補助費用以匯款方式發放至受委託人金融帳戶，惟申請人另需檢附使用機構者(即委託人)於114年1月1日起至114年12月31日期間，實際入住機構天數累計達180天以上，由受託人付費之足資證明文件影本、使用機構者(即委託人)親自簽具之委託書正本、受委託人存摺影本及受委託人與使用機構者(即委託人)之親屬等相關關係之證明影本。