

115 年度住宿式服務機構使用者補助費申請書
(申請期限至 115 月 12 月 16 日止，逾期不予受理)

項目		內容		
基本資料	申請人	姓名		
		身分證統一編號	(檢附影本並黏貼於第 5 頁)	
		身分	請勾選： 1. ☐ 入住機構本人 (☐ 委託機構/受託人申請) 2. ☐ 機構簽約人 (☐ 委託機構/受託人申請)	
		通訊地址 (供書面通知寄達)		
		手機/電話		
	使用機構者	姓名	☐ 同申請人	
		身分證統一編號	(檢附影本並黏貼於第 5 頁，已歿者則檢附死亡證明書影本或除戶謄本影本)	
	入住機構類型及天數	入住機構 1	類型	☐ 1. 一般護理之家 ☐ 2. 精神護理之家 ☐ 3. 老人福利機構 ☐ 4. 身心障礙機構 ☐ 5. 國軍退除役官兵輔導委員會所屬榮譽國民之家自費床位 ☐ 6. 提供住宿式服務之長期照顧服務機構
			全銜	
			入住起始日期	1. ☐ ____ 年 ____ 月 ____ 日入住至今 2. ☐ ____ 年 ____ 月 ____ 日 ~ ____ 年 ____ 月 ____ 日
入住天數			☐ 超過 180 天 ☐ ____ 天	
入住機構 2		類型	☐ 1. 一般護理之家 ☐ 2. 精神護理之家 ☐ 3. 老人福利機構 ☐ 4. 身心障礙機構 ☐ 5. 國軍退除役官兵輔導委員會所屬榮譽國民之家自費床位 ☐ 6. 提供住宿式服務之長期照顧服務機構	

項目		內容
	全銜	
	入住起始日期	1. ☐ ____年____月____日入住至今 2. ☐ ____年____月____日～____年____月____日
	入住天數	☐ 超過 180 天 ☐ ____天
		1. 入住日數以提出補助申請日起算，並依補助年度內實際入住機構情形按月認列。 2. 住民於當月實際入住日數達當月日曆天數二分之一以上者，認列 1 個月補助，未滿二分之一者當月不予補助；當月日曆天數為奇數者，以二分之一計算後無條件進位認定（例如 31 日者應入住 16 日以上；29 日者應入住 15 日以上）。 3. 入住日數由受理機關依長照機構暨長照人員相關管理資訊系統住民資料檔比對認列，申請人原則免附逐日佐證文件。
檢 附 文 件 影 本	請勾選： 1. ☒ 使用機構者身分證(請黏貼於第 4 頁)或死亡證明書、除戶證明 2. ☒ 申請人身分證(請黏貼於第 4 頁) 3. ☒ 入住機構契約書 4. ☒ 申請人(或使用機構者)本人存摺(請黏貼於第 4 頁) 5. ☐ 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) 6. ☐ 長照失能等級證明 7. ☐ 身心障礙證明	
請 領 補 助 狀 況	114 年度曾請領住宿式服務機構使用者補助費用	請勾選： 1. ☐ 是 2. ☐ 否
	115 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用	請勾選： 1. ☐ 是 2. ☐ 否

項目	內容
	1.於同一補助月份具下列情形之一者，不得申請本方案之住宿式服務機構使用者補助： (1)依身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助辦法第2條規定領取身心障礙者住宿式照顧費用補助者。 (2)領有中低收入失能老人機構公費安置費補助者。 (3)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。 (4)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。 (5)已領取其他中央政府公告辦理之同性質住宿式補助者。 2.申請人經核定領取本方案補助之月份，不得再申請前點各項所列補助。 3.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，爰領取本補助之月份不得使用前開辦法之服務。 4.受理機關得就申請案件之入住事實及入住型態進行查核；經查有刻意以出入機構等方式規避規定、致形式符合補助要件而不符本方案支持長期入住負擔之目的者，得不予補助；已核發者，應予追繳。
匯款資料	檢附存摺影本並黏貼於第4頁： 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。 2.若申請人為使用機構者本人，惟本人確無金融帳戶，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115年1月1日起至115年12月31日期間，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。

項目	內容
	※補助天數以申請當日起計算入住天數，入住天數不得累計至下年度計算。 ※以上所填之資料完全屬實；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，並返還已支付之補助費用。特立此切結為憑。 申請人簽名或蓋章： 申請日期： 年 月 日

※相關證明文件影本黏貼欄位

使用機構者身分證影本，已歿者另檢附死亡證明書或除戶謄本	
(正面)	(反面)
簽約人身分證影本	
(正面)	(反面)
存摺封面影本(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，請勿提供年金、優惠存款及證券戶等專戶存摺)	

填寫說明：

- 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。
- 2.使用機構者同申請人時，請勾選「同申請人」。
- 3.若機構使用者已歿，請檢附死亡證明書影本或除戶謄本
- 4.下列情況不列入計算天數：
 - (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。
- 5.入住超過 2 間以上機構，請自行增列欄位。
- 6.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。
- 7.匯款資料：
 - (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 115 年度實際入住機構天數證明，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。

以上本案所附資料僅供查證及發給補助費用使用。

「住宿式服務機構使用者補助」申請切結書

本人為申請「住宿式服務機構使用者補助」，切結事項如下：

- 一、以申請書送件當日起計算補助月份，後續如有長照需要等級、身心障礙等級、入住機構名稱或匯款帳戶變動，需重新提出申請。
未重新提出申請者，將依現有申請書及系統資料比對認列。
- 二、補助天數以申請當日起計算入住天數，入住天數不得累計至下年度計算。
- 三、經查所提資料如有不實或違反切結事項時，經補助機關撤銷或廢止補助處分，應將受補助款項繳回，不得異議。

此致

彰化縣政府

申請人(立切結書人)：

身分證字號：

地址：

聯絡電話：

中華民國 年 月 日

「住宿式服務機構使用者補助」申請切結書

本人為申請「住宿式服務機構使用者補助」，切結事項如下：

- 一、本人同意撤回原領取_____之申請，由_____縣/市政府廢止_____之核定，改領取「住宿式服務機構使用者補助方案」(下稱使用者補助)核定之補助費，領取使用者補助之月份不得再申請須與該補助擇優請領之其他補助或津貼。
- 二、經查所提資料如有不實或違反切結事項時，經補助機關撤銷或廢止補助處分，應將受補助款項繳回，不得異議。

此致

_____縣/市政府

申請人(立切結書人)：

身分證字號：

地址：

聯絡電話：

中華民國 年 月 日

委託及授權書

本人_____ (申請人)，因故無法親自辦理115年度住宿式服務機構使用者

補助方案，乃全權委託 ☐ 機構_____ (機構名稱)

☐ 受託人_____ (機構負責人或受託人姓名)

代為申請辦理，如有虛偽不實及任何紛爭，本人及受託(代理)人願負相關法律責任，請惠予受理。

此致 彰化縣衛生局

委託人(申請人)

姓名：_____ (簽名或蓋章)

與受託人關係：

身分證字號：

通訊(戶籍)地址：

連絡電話：

受委託人或機構

受託人姓名或機構名稱：_____ (簽名或蓋章)

受託人身分證字號/機構統一編號：

通訊(戶籍)地址：

連絡電話：

中 華 民 國 年 月 日

委託及授權匯款同意書

本人_____ (申請人)申請115年度住宿式服務機構使用者補助方案，

因_____ (※例：未申辦帳戶或帳戶遭凍結等)，

同意核予本人之補助款委託_____ (受託人)領取，提供以下佐證資料：

☐委託人及受託人之戶籍謄本或相關親屬證明文件

☐受託人存摺影本(如申請時已黏貼於本補助方案申請書，毋須再次提供)

如有虛偽不實及任何紛爭，本人及受託人願負相關法律責任，請惠予受理。

此致 彰化縣衛生局

委託人姓名：_____ (簽名或蓋章)

受託人姓名：_____ (簽名或蓋章)

委託人與受託人關係：

受託人通訊(戶籍)地址：

連絡電話：

中 華 民 國 年 月 日