

內政部 函

收文字號：1010652
收文日期：101.10.18

機關地址：100臺北市中正區徐州路5號
聯絡人：謝鑫敏
電話：02-23565183
傳真：02-23976857
電子信箱：moi1097@moi.gov.tw

臺北市中山區長春路20號6樓

受文者：財團法人罕見疾病基金會

發文日期：中華民國101年10月17日

發文字號：台內社字第1010332373號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明

主旨：有關修正101年度居家身心障礙者維生設備用電補助計畫
12月份每度補助額度1案，詳如說明，請 查照。

說明：

- 一、依據101年度居家身心障礙者維生設備用電補助計畫（以下簡稱本計畫）第8點規定辦理。
- 二、依據本計畫第5點之2「電費補助項目及基準」，本計畫之補助項目包括呼吸器、氧氣製造機、血氧監測儀、咳嗽（痰）機、抽痰機及冷氣機等6項維生設備，至針對各項維生設備補助額度，係按臺灣電力公司所訂3階段各類用電之電價漲幅，每度以實際最高漲幅補助之，惟因該公司已宣布暫停第3階段電費調漲措施，即101年12月起各類非營業表燈電價每度實際最高漲幅仍維持在3.53元，故本案本部已按實際漲幅修正本計畫12月份之補助額度。
- 三、檢送「101年度居家身心障礙者維生設備用電補助」修正計畫1份，敬請 貴會配合修正後計畫辦理本專案之補助事宜。

正本：財團法人罕見疾病基金會〔臺北市中山區長春路20號6樓〕

副本：本部社會司

部長李鴻源

101 年度居家身心障礙者維生設備用電補助計畫

101 年 5 月 17 日核定

101 年 10 月 15 日修正

一、目的

97 年 7 月間，臺灣電力公司改採累進費率計算各類用電之電費，部分身心障礙者因具有特殊醫療及照護需求，必須長期仰賴呼吸器、氧氣製造機等維生儀器，或須使用冷氣調節體溫，無法節約用電，導致其電費負擔加重，本部為保障其生存權，減輕渠等家庭經濟負擔，爰自 99 年度起訂定居家身心障礙者維生設備用電補助計畫，101 年度奉准賡續辦理，補助額度則按臺灣電力公司所訂 3 階段各類非營業用表等電價之漲幅，每度以實際最高漲幅補助之，今臺灣電力公司宣布暫緩實施第 3 階段之電費調漲方案，爰配合實際漲幅，再次修正 101 年度之居家身心障礙者維生設備用電補助計畫。

二、依據

行政院 98 年 4 月 20 日院臺內字第 0980015709 號函。

三、承辦單位

本計畫由財團法人罕見疾病基金會承辦。

四、辦理事項：

- (一) 擬定 101 年度居家身心障礙者維生設備電費補助申請（含人數、經費預估）暨執行計畫、表件及辦理宣導。
- (二) 提供民眾、團體 101 年度居家身心障礙者維生設備電費補助之諮詢。
- (三) 受理 101 年度居家身心障礙者維生設備電費補助申請、案件審核、撥（匯）款、資料建檔及成果彙報。
- (四) 針對疑義案件或特殊困難個案等進行訪視查核。

五、申請時間、程序及申請單位應備文件

本計畫奉 核後，由財團法人罕見疾病基金會預估全年度需求人數及經費，並檢具下列文件向本部提出經費申請；如原申請電費補助經費不敷實際需求時，於當年度 12 月 10 日前彙整增加人數及經費送本部審核撥補。

- (一) 立案證書、法人登記證書及章程影本。

- (二) 補助計畫申請表 (附件 2)。
- (三) 補助計畫書。
- (四) 居家身心障礙者維生設備用電補助人數及經費預估 (附件 3)，其對象、補助項目及基準如下：

1、電費補助對象

- (1) 經醫師診斷須持續進行呼吸治療、氧氣治療或咳痰、抽痰等治療且實際已使用呼吸器、氧氣製造機、血氧監測儀、咳嗽 (痰) 機及抽痰機等維生儀器之領有身心障礙手冊 (或證明) 之居家身心障礙者。
- (2) 因神經系統、皮膚等相關構造嚴重損傷導致身體排汗或調節體溫的功能喪失，或領有重大傷病卡之外胚層發育不良症 (無汗症)、遺傳性表皮分解性水皰症 (泡泡龍)、魚鱗癬症者，經醫師診斷須使用冷氣調節室溫方能維持身體功能之領有身心障礙手冊 (或證明) 者。

2、電費補助項目及基準：

(1) 補助項目

- A、呼吸器：補助 1 至 12 月，每人每月補助 64 度用電。
- B、氧氣製造機：補助 1 至 12 月，每人每月補助 238 度用電。
- C、血氧監測儀：補助 1 至 12 月，每人每月補助 22 度用電。
- D、咳嗽 (痰) 機：補助 1 至 12 月，每人每月補助 2 度用電。
- E、抽痰機：補助 1 至 12 月，每人每月補助 6 度用電。
- F、冷氣機：補助 5 至 10 月，每戶每月補助 264 度用電。

(2) 補助基準

- A、針對所列之維生設備，101 年 1 至 5 月每

度補助 3 元，101 年 6 至 12 月依非營業表燈電價每度實際最高漲幅，補助 3.53 元。

B、各維生設備項目補助金額計算結果未足 1 元者，採四捨五入方式計。

3、電費補助申請、補助生效及停發

(1) 申請本項補助者應填具「居家身心障礙者用電補助申請表」(附件 1) 並檢附身心障礙手冊(或證明)影本、醫師開立之診斷證明書、居家使用申請用電補助設備之照片及申請者本人帳戶存摺封面影本(如有特殊事由無法檢附申請者本人帳戶存摺封面影本，需另附戶籍謄本或戶口名簿影本等相關文件)等文件向財團法人罕見疾病基金會提出申請。

(2) 本項補助之生效日依下列原則辦理：

1. 於 101 年 1 月前已取得身心障礙手冊且有維生設備使用需求及事實，經承辦單位審核確認後自當年度起始月份核予補助。
2. 於 101 年 2 月起取得身心障礙手冊(或證明)且有維生設備使用需求及事實者，依身心障礙手冊(或證明)生效月份或維生設備使用需求及事實月份之後者為補助起始月份。
3. 經審核符合本項補助資格之身心障礙者，如於審核期間死亡，得追溯核給符合補助資格期間之補助款。
4. 身心障礙者接受電費補助之期間，如當月住院日數累積超過 15 日者，需扣除當月補助款項，並於出院後檢附出院證明文件經承辦單位審核無誤後，自出院當日起恢復補助。

(3) 身心障礙者有下列情形之一者，應予停發或追回補助：

1. 身心障礙資格喪失（如死亡、身心障礙手冊逾有效期間等）。
2. 身心障礙者進住機構、因案羈押、拘禁或入監服刑。
2. 以虛偽之證明或其他不當行為取得本項補助者，除追回已補助之補助款外，涉及刑責者移送司法機關辦理。

六、執行期間

101 年 1 月 1 日至 101 年 12 月 31 日。

七、財務處理

（一）請款作業

申請計畫經本部核定後，逕填具領款收據，報本部撥款；請款時應註明專戶帳號，單位名稱並註明立案會址（含區、里、鄰）及統一編號。

（二）會計作業：

- 1、接受補助單位之會計作業，由本部督導其參照政府會計有關規定負責辦理。
- 2、接受補助單位應按原核定計畫項目、執行期間及預定進度切實執行，其經費不得移作他用。
- 3、接受補助單位應建立完整補助案件檔案備查。
- 4、會計作業依相關法令及本計畫辦理。

（三）核銷作業

- 1、於計畫執行完成後將支出憑證彙訂成冊報本部結案。
- 2、核銷時應備文件如下：
 - （1）內政部社會福利補助經費支出憑證簿（附件 4）。
 - （2）支出明細表（附件 5）。
 - （3）執行概況考核表（附件 6）。
 - （4）電費補助清冊（附件 7）及補助匯款單正本（未附匯款單則應檢個人領款收據證明正本）。
 - （5）宣導費行政管理費支出單據正本。
- 3、居家身心障礙者電費補助申請表（附件 1）正本、

身心障礙手冊（或證明）影本、醫師診斷證明（或居家照護相關人員出具之證明）等文件，由承辦單位歸檔保存，本部得不定時抽查。

七、經費來源

本計畫所需經費計新臺幣 3,000 萬元整，於內政部 101 年度推展身心障礙福利獎補助經費項下支應。（各維生設備項目總價未足 1 元者，採四捨五入方式計）

八、本計畫奉 核可後實施，修正時亦同。

附件 1 居家身心障礙者用電補助申請表 (範例)

基本資料					
姓名				身分證字號	
身心障礙類別		等級		聯絡電話	
聯絡人		關係		手機	
居住地址					

應檢附文件
☐ 身心障礙手冊 (或證明) 影本 (有效期限內) ☐ 醫師開立之診斷證明書 (限定兩年內開立，並應註明需使用呼吸器、氧氣製造機、冷氣機等) ☐ 居家使用申請用電補助設備之照片 (本項僅首次申請需檢附) ☐ 存摺封面影本 (限申請本人之帳戶，以「郵局」存簿帳號為佳)

申請補助項目
請依實際狀況勾選 (可複選)： ☐ 呼吸器 ☐ 氧氣製造機 ☐ 血氧監測儀 ☐ 咳嗽 (痰) 機 ☐ 抽痰機 ☐ 冷氣機 (本項限因神經系統、皮膚等相關構造嚴重損傷導致身體排汗或調解體溫的功能喪失，或領有重大傷病卡之外胚層發育不良症 (無汗症)、遺傳性表皮分解性水皰症 (泡泡龍)、魚鱗癬症者，經醫師診斷須使用冷氣調節室溫方能維持身體功能之領有身心障礙手冊 (或證明) 者申請)

審核結果 (此欄由審核人員填寫)
☐ 不通過，原因：_____
☐ 通過，補助項目如下 (每度依當月實際漲幅補助)
☐ 呼吸器 每月補助 64 度 x (_____ 個月 x 3 元) + (_____ 個月 x 3.53 元) = _____ 元
☐ 氧氣製造機 每月補助 238 度 x (_____ 個月 x 3 元) + (_____ 個月 x 3.53 元) = _____ 元
☐ 血氧監測儀 每月補助 22 度 x (_____ 個月 x 3 元) + (_____ 個月 x 3.53 元) = _____ 元
☐ 咳嗽 (痰) 機 每月補助 2 度 x (_____ 個月 x 3 元) + (_____ 個月 x 3.53 元) = _____ 元
☐ 抽痰機 每月補助 6 度 x (_____ 個月 x 3 元) + (_____ 個月 x 3.53 元) = _____ 元
☐ 冷氣機 每月補助 264 度 x (_____ 個月 x 3 元) + (_____ 個月 x 3.53 元) = _____ 元
補助金額總計：_____ 元
審核日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

審核人員：

業務主管：

負責人：

附件 2

內政部 101 年度居家身心障礙者維生設備用電補助計畫申請表									
申請單位						核准機關 日期文號			
會（地）址						統一編號			
負責人	職稱		姓名		承辦人		電話		
（申請單位用印、負責人簽章）									
計畫 名稱				福利別			預定完 成日期		
計畫 內容 概要									
預期 效 益	（請填寫具體數據）								
計畫總經費				申請內政部補助		（單位：新臺幣元）			
申請補助 人數		經核符合補助資格者計 人，其中使用呼吸器 人，使用氧氣製造機 人， 使用血氧濃度監測儀 人，咳嗽（痰）機 人，抽痰機 人，冷氣機 人， 擬申請補助新臺幣 元。							
說明：申請單位請於申請表第一頁適當位置用印。									

附件 3

(單位名稱) 特殊用電需求之居家身心障礙者用電補助預估名冊

單位：新台幣 元

序號	障礙類別	重大傷病病名	補助項目	預估補助度數	預估補助金額
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

備註：

- 一、障礙類別、等級請依身心障礙手冊（或證明）記載填寫，罕見疾病請加註疾病名稱，多重障礙請加註細項類別。
- 二、補助電費項目包含呼吸器、氧氣製造機、血氧濃度機、咳嗽（痰）機、抽痰機，冷氣機則以「因神經系統、皮膚等相關構造嚴重損傷導致身體排汗或調解體溫的功能喪失，或領有重大傷病卡之外胚層發育不良症（無汗症）、遺傳性表皮分解性水皰症（泡泡龍）、魚鱗癬症者，經醫師診斷須使用冷氣調節室溫方能維持身體功能之領有身心障礙手冊（或證明）者」為限。

附件 4

機關單位名稱：

接受內政部社會福利補助經費支出憑證簿

會計年度：	計畫編號：
計畫項目：	
內政部核准日期及文號：	
補助經費新臺幣（大寫）：	元
支出憑證正本共 張，計新臺幣	元
在內政部補助經費項下報支數	
計新臺幣（大寫）：	元
繳回內政部賸餘經費新臺幣（大寫）：	元
經費孳息金額新臺幣（大寫）：	元
其他收入金額新臺幣（大寫）：	元

機關（單位）審核簽章

內政部 縣(市)政府、直轄市政府社會局	業務單位	
	會計單位	
	機關長官	
鄉(鎮、市、區)公所	業務單位	
	會計單位	
	機關長官	
接受補助單位	業務單位	
	會計單位	
	單位負責	

填表說明：請各接受補助機關（單位）於計畫執行完畢後，連同「經費支出明細表」、「支出憑證」依序裝訂。

附件 5

受補助單位：

接受內政部社會福利補助經費支出明細表

會計年度：

補助計畫編號：

補助計畫名稱：

[illegible]

填表說明：

1. 請依支出憑證編號順序填列。
2. 如接受二個以上政府機關補助者，應列明各機關補助項目及金額。

附件 6

機關（單位）名稱：

接受內政部社會福利補助經費

年度^上_下半年執行概況考核表 (A4 格式)

中華民國 年 月 日起至 年 月 日止

[illegible]

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」欄所列係指本部核定之補助金額。

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，本部據以備查建檔結案。

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：

機關首長：

附件 7

○年○月至○月特殊用電需求之居家身心障礙者電費補助清冊

單位：新台幣 元

序號	姓名	身分證字號	身心障礙 類別	身心障礙 等級	補助項目	補助度數	補助金額
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
	合計						

填表人：

業務主管：

主辦會計：

機關首長：

備註：

- 一、障礙類別、等級請依身心障礙手冊（或證明）記載填寫，罕見疾病請加註疾病名稱，多重障礙請加註細項類別。
- 二、補助電費項目包含呼吸器、氧氣製造機、血氧濃度機、咳嗽（痰）機、抽痰機，冷氣機則以因神經系統、皮膚等相關構造嚴重損傷導致身體排汗或調節體溫的功能喪失，或領有重大傷病卡之外胚層發育不良症（無汗症）、遺傳性表皮分解性水皰症（泡泡龍）、魚鱗癬症者，經醫師診斷須使用冷氣調節室溫方能維持身體功能之領有身心障礙手冊（或證明）者為限。
- 三、本表請並附匯款單正本辦理核銷，未附匯款單則應檢個人領款收據證明正本。