

# 衛生福利部108年-109年辦理罕見疾病部分皮膚病變特殊照護服務試辦計畫

## 一、計畫目的

提供遺傳性表皮分解性水疱症、層狀魚鱗癬、膠膜兒、斑色魚鱗癬或水泡型先天性魚鱗癬樣紅皮症之主要照顧者專業協助，滿足其喘息服務需求，減輕照顧壓力。

## 二、計畫期程

自中華民國108年7月1日起至109年12月31日止。

## 三、計畫內容

### (一) 服務對象：

#### 1. 本計畫服務對象為符合下列資格之一者：

- (1) 持有重大傷病證明，屬全民健康保險重大傷病項目第23類第1項先天性水泡性表皮鬆懈症及第3項先天性魚鱗癬，且註記就醫診斷之國際疾病分類代碼（ICD 診斷編碼）為757.39、757.1或 Q80.2-80.4、Q81.0-81.9、Q82.8-82.9。
- (2) 持有重大傷病證明，屬全民健康保險重大傷病項目第30類經本部公告之罕見疾病，且註記為遺傳性表皮分解性水疱症、層狀魚鱗癬、膠膜兒、斑色魚鱗癬或水泡型先天性魚鱗癬樣紅皮症。
- (3) 持有身心障礙證明且就醫診斷之國際疾病分類代碼（ICD 診斷編碼）為757.39、757.1或 Q80.2-80.4、Q81.0-81.9、Q82.8-82.9。服務對象同時段接受取得相同補助項目或醫療服務者，不予重複補助。

#### 2. 接受長照住宿式長照服務機構、老人福利機構、身心障礙福利機構（住宿機構）、兒童及少年福利機構或護理機構服務者，不予獎助。

(二) 服務申請程序：

申請特殊照護服務者，應檢附申請表及應備文件(如附件一)，向戶籍所在地或居住所在地之直轄市、縣(市)長期照顧管理中心提出申請。

(三) 服務內容：

由專業服務人員到宅提供本計畫服務對象傷口照護及換藥，以提供照顧者喘息服務。

(四) 專業服務人員資格：

完成經本部指定特殊照護訓練課程，且執業登記於居家護理所或醫療機構之護理師。

四、服務提供單位

全民健康保險特約之公、私立居家護理所或醫療機構。

五、獎助項目及基準

(一) 採服務對象個人年度總額制，每人每年最高獎助使用50次。

如有聘僱外籍家庭看護工者，每人每年最高獎助使用15次。

(二) 每次服務可獎助項目包括：

1. 特殊照護費：

(1) 補助額度內每次服務費用為新臺幣2,500元，應依照下列身分別自行負擔特殊照護費(以下稱部分負擔)，各類身分別部分負擔及本部補助金額，如附表一

① 列冊低收入戶、列冊中低收入戶、符合領取中低收入老人生活津貼發給辦法第6條第1項第1款津貼者(以下代稱長照低收入戶)。

② 前揭長照低收入戶以外，符合領取中低收入老人生活津貼發給辦法第6條第1項第2款津貼者、身心障礙者生活補助資格者(以下代稱長照中低收入戶)。

(2) 前二者以外者（以下稱長照一般戶）。

(3) 本項特殊照護費用，應全額作為提供服務之專業服務人員酬勞，另於補助次數內，服務提供單位或專業服務人員不得向服務對象另收取特殊照護費用。

附表1、

身分別	衛生福利部補助比率	部分負擔比率
長照低收入戶	100%	0%
長照中低收入戶	95%	5%
一般戶	84%	16%

2. 行政費：每一服務人次給予行政費新臺幣500元。本項費用作為受獎助之服務提供單位行政管理及相關間接服務之用。

(三) 本計畫受獎助單位免配合自籌款。

#### 六、獎助計畫申請程序

(一) 服務提供單位應依本計畫公告受理期間向本部提出申請，申請時應備申請表（如附件三）、計畫書、專業服務人員名冊（含相關證照、完成特殊照護訓練課程證明文件影本）、最近一次全民健康保險特約契約影本。

(二) 計畫書內容應包含辦理方式、服務內容、人力配置、品質監督及調處機制、經費概算（應區分108年度及109年度所需）、預期服務效益及服務契約範本。

#### 七、經費核撥及核銷方式

(一) 受獎助之服務提供單位應設立專戶儲存長照服務發展基金獎助經費，專款專用，其由專戶存款所產生之孳息，不得抵用或移用，應於結報時繳回；但每年孳息金額為新臺幣300元以下者，得免繳回。如未設立專戶，則請俟計畫執行

完成後，核銷時再辦理撥款事宜。

(二) 本計畫依經費性質撥付款項：

1. 特殊照護費

(1) 第一期款：於核定函文到1週內，檢附領據、核定表影本，註明撥款專戶戶名、金融機構全銜、帳號等文件，函送本部請領，本部確認後將撥付執行至108年12月31日之核定金額。

(2) 第二期款、第三期款：分別於109年1月31日前及109年6月30日前，檢附領據、核定表影本，註明撥款專戶戶名、金融機構全銜、帳號等文件，函送本部請領。本部確認後將分別撥付109年1月至6月、7月至12月執行之核定金額。

2. 行政費：於每季核銷完成後依實際執行成果撥付。

(三) 受獎助之服務提供單位應確實依預定完成日期辦理完竣，並依本部所核定獎助經費，分別於4月30日、7月31日、10月31日向本部辦理前一季核銷事宜；核銷時應檢具服務紀錄表影本(附件四)、領據(附件五)、印領清冊(附件六)，及相關證明文件等；另於1月31日前填報收支明細表(附件七)，並檢附上開文件及核定函與核定表影本、賸餘款、其他收入等，向本部辦理年度核銷結報事宜。

(四) 如計畫於執行期間，以同一事由或活動另獲他機關獎助時，應函報本部說明他機關獎助之項目及金額。不得以本部或其他機關已執行之計畫，重複提出申請。

八、應配合事項或注意事項

(一) 受獎助之服務提供單位應於每年1月10日及7月10日前，以電子郵件方式，將上半年辦理情形相關統計(附件八)彙

送本部彙辦，並副知機構所在地之直轄市、縣（市）長期照顧管理中心。

- (二) 服務對象需自行負擔服務過程所需耗材及醫材，另為確保服務品質，受獎助之服務提供單位提供服務前，應與服務對象、家屬或支付費用者簽訂書面契約。
- (三) 專業服務人員提供服務後，應製作服務紀錄(如附件四)，且須記錄每次服務時間（自到達案家起算，至離開案家為止），並請服務對象、家屬或支付費用者簽章；另應製作服務對象之特殊照護服務紀錄留存於案家，以利與本部補助之其他計畫服務人員提供整合性之照護服務。
- (四) 服務對象有填報不實、隱匿事實、溢領補助或違反相關法令情事者，其所領取之補助，由直轄市、縣（市）政府以書面命本人或其法定繼承人於30日內返還；屆期未返還者，依法移送強制執行，涉及刑責者移送司法機關辦理。
- (五) 為瞭解服務提供單位提供服務之情形，機構所在地之直轄市、縣（市）政府應定期抽查派員訪視及提供輔導機制，並得通知受獎助之服務提供單位提供相關服務資料，受獎助之服務提供單位應提供必要協助，不得規避、妨礙或拒絕。

#### 九、 預期效益

獎助提供本計畫服務對象照顧者喘息服務，減輕家庭照顧負擔。

十、本計畫所需經費，由本部長照服務發展基金支應。



**縣(市) 罕見疾病部分皮膚病變特殊照護服務補助審核**

(由縣市政府填寫)

審核結果	<input type="checkbox"/> 准予補助 核准期間：自__年__月__日至__年__月__日 核准次數： <input type="checkbox"/> 50次 <input type="checkbox"/> 15次 <input type="checkbox"/> 依核准期間按月份比例核算____次(四捨五入) 特殊照護費補助比率： <input type="checkbox"/> 全額補助 <input type="checkbox"/> 補助95% <input type="checkbox"/> 補助84% <input type="checkbox"/> 不予補助_____	
福利身分別	<input type="checkbox"/> 列冊低收入戶 <input type="checkbox"/> 列冊中低收入戶 <input type="checkbox"/> 符合中低收入老人生活津貼發給辦法第六條第一項第一款 <input type="checkbox"/> 符合中低收入老人生活津貼發給辦法第六條第一項第二款 <input type="checkbox"/> 領有身心障礙者生活補助 <input type="checkbox"/> 一般戶	
類別	<input type="checkbox"/> 持有重大傷病證明，屬全民健康保險重大傷病項目第23類第1項先天性水泡性表皮鬆懈症及第3項先天性魚鱗癬，且註記就醫診斷之國際疾病分類代碼（ICD診斷編碼）為757.39、757.1或Q80.2-80.4、Q81.0-81.9、Q82.8-82.9。 <input type="checkbox"/> 持有重大傷病證明，屬全民健康保險重大傷病項目第30類經本部公告之罕見疾病，且註記為遺傳性表皮分解性水泡症、層狀魚鱗癬、膠膜兒、斑色魚鱗癬或水泡型先天性魚鱗癬樣紅皮症。 <input type="checkbox"/> 持有身心障礙證明且就醫診斷之國際疾病分類代碼（ICD 診斷編碼）為757.39、757.1或Q80.2-80.4、Q81.0-81.9、Q82.8-82.9。	
服務提供單位		
簽辦欄：		
承辦人	督導	單位主管

\_\_\_\_\_縣(市) 罕見疾病部分皮膚病變特殊照護服務補助  
核定結果通知書

一、申請者基本資料

姓名		出生年月日	
福利身分別	<input type="checkbox"/> 列冊低收入戶 <input type="checkbox"/> 列冊中低收入戶 <input type="checkbox"/> 符合中低收入老人生活津貼發給辦法第六條第一項第一款 <input type="checkbox"/> 符合中低收入老人生活津貼發給辦法第六條第一項第二款 <input type="checkbox"/> 領有身心障礙者生活補助 <input type="checkbox"/> 一般戶		
連絡電話		行動電話	
居住地			

二、補助審核結果

審核結果	<input type="checkbox"/> 准予補助 核准期間：自__年__月__日至__年__月__日 核准次數： <input type="checkbox"/> 50次 <input type="checkbox"/> 15次 <input type="checkbox"/> 依核准期間按月份比例核算____次(四捨五入) 特殊照護費補助比率： <input type="checkbox"/> 全額補助 <input type="checkbox"/> 補助95% <input type="checkbox"/> 補助84% <input type="checkbox"/> 不予補助_____	
福利身分別	<input type="checkbox"/> 長照低收入戶 <input type="checkbox"/> 長照中低收入戶 <input type="checkbox"/> 一般戶	
類別	<input type="checkbox"/> 持有重大傷病證明，屬全民健康保險重大傷病項目第23類第1項先天性水泡性表皮鬆懈症及第3項先天性魚鱗癬，且註記就醫診斷之國際疾病分類代碼（ICD診斷編碼）為757.39、757.1或Q80.2-80.4、Q81.0-81.9、Q82.8-82.9。 <input type="checkbox"/> 持有重大傷病證明，屬全民健康保險重大傷病項目第30類經本部公告之罕見疾病，且註記為遺傳性表皮分解性水泡症、層狀魚鱗癬、膠膜兒、斑色魚鱗癬或水泡型先天性魚鱗癬樣紅皮症。 <input type="checkbox"/> 持有身心障礙證明且就醫診斷之國際疾病分類代碼（ICD 診斷編碼）為757.39、757.1或Q80.2-80.4、Q81.0-81.9、Q82.8-82.9。	
服務提供單位	1、_____ 2、_____ 3、_____	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 100px; margin: 0 auto;"> <p>機關 用印</p> </div>

※注意事項：

1. 服務對象同時段接受取得相同補助項目或醫療服務者，不予重複補助。
2. 接受長照住宿式長照服務機構、老人福利機構、身心障礙福利機構（住宿機構）、兒童及少年福利機構或護理機構服務者，不予獎助。
3. 若有低收入戶資格、領有中低收入戶老人生活津貼、入住機構及聘僱外籍看護工等異動，請主動通知照顧管理中心。
4. 本中心對於以上情節定期追蹤，如有任何欺騙行為，除依規定追繳補助費用外，並依法處理。

中 華 民 國 年 月 日



填表日期：中華民國 年 月 日

衛生福利部長照服務發展基金獎助計畫申請表

申請單位							
會(地)址		(詳列鄉鎮市區村里鄰)			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					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		申請衛生福利部經費補助					
(單位：新臺幣元)							

衛生福利部補助辦理罕見疾病部分皮膚病變特殊照護服務試辦計畫服務紀錄表

服務提供單位：

一、服務對象基本資料				
姓名		身分證字號		出生年月日
福利身份別	<input type="checkbox"/> 列冊低收入戶 <input type="checkbox"/> 列冊中低收入戶 <input type="checkbox"/> 符合中低收入老人生活津貼發給辦法第六條第一項第一款 <input type="checkbox"/> 符合中低收入老人生活津貼發給辦法第六條第一項第二款 <input type="checkbox"/> 領有身心障礙者生活補助 <input type="checkbox"/> 一般戶	服務資格	<input type="checkbox"/> 持有重大傷病證明，屬全民健康保險重大傷病項目第23類第1項先天性水泡性表皮鬆懈症及第3項先天性魚鱗癬，且註記就醫診斷之國際疾病分類代碼（ICD診斷編碼）為757.39、757.1或Q80.2-80.4、Q81.0-81.9、Q82.8-82.9。 <input type="checkbox"/> 持有重大傷病證明，屬全民健康保險重大傷病項目第30類經本部公告之罕見疾病，且註記為遺傳性表皮分解性水泡症、層狀魚鱗癬、膠膜兒、斑色魚鱗癬或水泡型先天性魚鱗癬樣紅皮症。 <input type="checkbox"/> 持有身心障礙證明且就醫診斷之國際疾病分類代碼（ICD診斷編碼）為757.39、757.1或Q80.2-80.4、Q81.0-81.9、Q82.8-82.9。	
監護人/主要照顧人			關係	
戶籍地址				
居住地址				
照顧情形	<input type="checkbox"/> 家人自行照顧 <input type="checkbox"/> 聘僱外籍看護工 <input type="checkbox"/> 入住機構			
主要就醫醫療院所				
聯絡電話	(H)	(O)	(行動電話)	
二、服務情形				
服務日期	服務時間起	服務時間迄	服務情形摘要說明	服務對象簽章

專業服務人員(簽章)：

業務主管(簽章)：

填寫說明：

- 一、 專業服務人員於初次提供服務前，應確實核對服務對象福利身分及服務資格證明文件，每次提供服務完成後，應登載服務紀錄表，並由服務對象或其監護人/主要照顧者簽章，服務紀錄應由服務提供單位保存至少 7 年。
- 二、 本表服務情形之登載空白行列不敷使用時，服務提供單位可自行增列。
- 三、 服務對象之部分負擔費用，由服務提供單位收取，並應開立收據。

## 領 據(參考範本)

茲收到衛生福利部補助辦理罕見疾病部分皮膚病變特殊照護服務試辦計畫\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月至\_\_\_\_\_月特殊照護費新臺幣\_\_\_\_\_元、行政費新臺幣\_\_\_\_\_元，合計新臺幣\_\_\_\_\_元。

此致 衛生福利部

服務提供單位(全銜)：

地址：

經手人：

會計：(未設置得免簽章)

出納：(未設置得免簽章)

負責人：

中華民國                      年                      月                      日

罕見疾病部分皮膚病變特殊照護服務試辦計畫  
費用核銷清冊

單位：新臺幣元

服務提供單位：										
專業服務人員(簽章)：										
核銷月份：○年○月至○月										
項次	身分證字號	服務對象 姓名	福利身分別	特殊照護費						行政費
				服務日期	服務 次數	年度累計 使用次數	補助 金額	部分 負擔	小計	
1			長照低收入戶							
2			長照中低收入戶							
3										
4										
5										
6										
合計										

(一)特殊照護費業於\_\_\_\_年\_\_月\_\_日預先撥付新臺幣\_\_\_\_\_元，本次核銷沖轉新臺幣\_\_\_\_\_元，

尚剩餘新臺幣\_\_\_\_\_元/尚須撥付新臺幣\_\_\_\_\_元。

(二)行政費需撥付新臺幣\_\_\_\_\_元。

製表人：

會計：

負責人：

備註：特殊照護費用，應全額作為提供服務之專業服務人員酬勞如以劃撥入帳撥付者，得檢附轉帳金融機構等之簽收或證明文件，免請受款人簽章。

附件七

衛生福利部獎助計畫收支明細表

服務提供單位				
獎助年度				
計畫名稱	108年-109年辦理罕見疾病部分皮膚病變特殊照護服務試辦計畫			
核撥 (結報)	第一次核撥日期	第二次核撥日期	第三次核撥日期	核撥數 合計 金額 元
	---年---月---日	---年---月---日	---年---月---日	
經費預算 核撥數	金額	金額	金額	金額 元
	\$ 元	\$ 元	\$ 元	
	第一次結報日期 ----年----月----日			
	金額			
	\$ 元			
特殊照護費				
行政費				
小計				
餘(絀)數				
備註	1.繳回款：經常門\$ 元 2.利息收入：\$ 元、其他衍生收入：\$ 元（經費結報時，利息金額為新臺幣 300 元以下者，得留存受獎助單位免解繳本部；其餘併同其他衍生收入及結餘款，應於結報時解繳本部）。			

製表人

覆核

會計人員

負責人

附件八

(服務提供單位) ○年度辦理罕見疾病部分皮膚病變特殊照護服務試辦計畫成果表

統計時間：自○年○月○日至○年○月○日止

單位：人；新臺幣元

身分別	性別	獎助人數	服務次數	特殊照護費用(A)			行政費(B)	合計(A+B)
				獎助金額	部分負擔	小計		
長照低收入戶	列冊低收入戶	男						
		女						
	列冊中低收入戶	男						
		女						
	符合中低收入老人生活津貼發給辦法第六條第一項第一款	男						
		女						
長照中低收入戶	符合中低收入老人生活津貼發給辦法第六條第一項第二款	男						
		女						
	領有身心障礙者生活補助	男						
		女						
一般戶	男							
	女							
總計	男							
	女							
	合計							

承辦人：

連絡電話：

請於應於每年1月10日及7月10日前，以電子郵件回傳本部彙整（承辦人：李小姐，lc0505@mohw.gov.tw），並副知機構所在地之直轄市、縣（市）長期照顧管理中心。

負責人（業務主管）：