新北市115年度社區整體照顧服務體系
醫事C巷弄長照站服務計畫

壹、依據：

一、衛生福利部長照服務發展基金115年度一般性獎助經費申請獎助項目及基準。

二、衛生福利部長期照顧服務申請及給付辦法。

三、衛生福利部115年地方衛生機關業務考評作業手冊-長期照顧業務。

貳、目的：

一、為落實長期照顧前端初期預防功能，希望透過由醫事單位、長照服務機構及108年12月31日以前辦理巷弄長照站之單位成立之醫事C巷弄長照站(以下簡稱醫事C)，提供居住本市年滿65歲以上長者及聘僱外籍看護工家庭參與，以支持其多元照顧需求就近獲得社會參與及增進照顧者生活品質，因地制宜建立在地化社區整體照顧模式，由在地人照顧在地人之原則，縮短失能、失智者及家屬獲得長照服務的等待時間，減輕家庭照顧負擔。

二、透過巷弄長照站之關懷訪視或電話問安服務，主動關心各轄區長者生活狀態，提供延續性照顧服務，使民眾就近獲得社會參與的機會，更達到預防及延緩失能的目標並促進長照、醫療和預防保健等資源體系間串連與整合，強化區域內初級預防照顧服務，並依健康與生活照顧需求協助連結相關資源。

參、申請補助資格：

一、經直轄市、縣(市)政府合法立案之醫事機構(醫院、診所、藥局、物理治療所、護理之家等)，114年起醫事機構或醫事機構附設之長照機構新設醫事C者，須於當年度完成設置失智據點(相關設置、管理及輔導依失智照護服務計畫申請作業須知辦理，未達者應返還當年度核定經費)。

二、長期照顧服務機構：居家式、社區式(不含家庭托顧服務)、住宿式及綜合式服務類。

三、108年12月31日以前辦理醫事C巷弄長照站者。

肆、辦理地點原則及場地空間規定：

一、醫事C據點場地需為合法建物、獨立門牌，具有安全(需投保公共意外責任險)、衛生、通風、採光良好及出入口無障礙環境，且新設置單位之空間須扣除固定設施設備後，計算實際活動面積至少45平方公尺以上(容納至少20名長輩接受運動課程)(原民及偏遠地區至少20平方公尺)，詳細請參閱場域設置基本需求附件5。

二、新設置之醫事C應以新北市未設置C單位之里別為補助原則，並以金山區、三芝區、原住民區（烏來區）及偏遠地區（石碇區、坪林區、平溪區、雙溪區及

貢寮區）及六十五歲以上老人人口比率較高之行政區域、福利資源缺乏之區域里別納入優先設置原則。

三、設置醫事C據點若於醫事機構應符合下列條件：

(一)醫事C設址於醫事機構(例如:診所、醫院、物理治療所、護理之家等)：

1.考量醫事機構服務對象多屬患有疾病之病人，若於同址開辦醫事C巷弄長照站據點易生成感染管制疑慮(請參考門診感染管制措施指引規範及人口密集機構感染管制措施指引規範)，亦涉及影響原就診病人及護理之家住民之權益，辦理此計畫時應不得於醫療機構法定規劃之空間提供據點之服務。

2.按改制前行政院衛生署95年8月23日衛署醫字第0950035351號函釋，若醫療機構與其他機構同址設立，應各有獨立門戶，且使用空間明確區隔，醫療機構空間供非醫療用途使用，醫療機構亦應申請樓地板面積之變更登記(刪減醫療機構面積)。

(二)醫事C設址於藥局：

藥局與其他營業、執業單位或機構同一樓層或同一門牌地址，須向主管機關申請內部面積變更，應具備各自獨立出入門戶及明顯區隔之條件，且藥事服務作業應獨立進行，民眾出入互不影響為主，始得設立。

(三)綜上，接受獎助辦理醫事C之醫事機構，其提供醫事C服務之場地，不得與醫事機構開業執照所登載處為同一處；如屬同一處者，應符合動線與醫療區域分流之原則，採分棟、分層、分區方式辦理。接受獎助辦理醫事C之醫事機構同時申請設置失智據點者，比照前項規定，不得與失智據點場地為同一處，如屬同一處者，應符合動線與區域分流之原則，採分棟、分層、分區方式辦理；服務人力與獎助費用與項目亦應有所區隔。

四、設置醫事C據點若於長期照顧服務機構應符合下列條件：

(一)居家式長照機構：醫事C巷弄長照站據點活動空間請與辦公室區域明確區隔，並於計畫書場地空間平面規劃圖中清楚標示呈現辦公室區域及據點活動空間區域。

(二)社區式長照機構：請勿與機構法定規劃之空間開辦醫事C巷弄長照站據點(銀髮俱樂部空間除外)，設置空間不得挪為它用，僅限於社區式長照機構之長照服務個案使用，若機構同址設立，使用空間需明確區隔，已申請長照支付給付之時段個案勿重複參與據點服務。

(三)住宿式長照機構：若於機構同址開辦醫事C巷弄長照站據點易生成感染管

制疑慮(請參考人口密集機構感染管制措施指引規範)，亦涉及影響原住民之權益，辦理此計畫時不得於原址空間辦理，已申請長照支付給付之時段個案勿重複參與據點服務。

五、醫事機構辦理醫事C巷弄長照站，同時申請設置失智據點者，不得與失智據點場地為同一處，如屬同一處者，應符合動線與區域分流之原則，採分棟、分層、分區方式辦理；服務人力與獎助費用與項目亦應有所區隔。

六、如有意願設置之單位，可先至新北市政府高齡長期照顧處網頁，查詢已設置之巷弄長照站清冊或致電詢問承辦人，確認預計設置之里別是否已有C據點(包含高齡長期照顧處醫事C、社會局社照C或原民局原民C)辦理服務，再行規劃申請設置。

伍、計畫徵求期間(逾期恕不受理)：

一、延續型醫事C，申請時間為公告日起至115年3月13日止。

二、新設置醫事C，須先經本府審查通過，其補助核定時間依函知核定月份起算。

(一)第一階段申請時間：公告日起至115年3月13日止。

(二)第二階段申請時間：115年6月8日至115年 6月12日止。

三、如有特殊情事者無法如期申請，請函文敘明理由，本府得視情況予以審查及補助。

四、若當年度補助經費用罄後，不再受理申請。

陸、辦理期間：

一、延續型醫事C：115年1月1日起至115年12月31日止(共12個月)。

二、新設置醫事C：辦理期程均依核定函知核定月份起算。

柒、服務對象：

一、 以65歲以上長者為主要服務對象。

二、 長照服務對象:

1.65歲以上失能長者

2.55歲以上失能原住民

3.失智症者

4.失能身心障礙者

5.急性後期整合照護(PAC)計畫個案

6.衰弱老人

捌、服務項目及內容：

一、應開站時間：每半天以 1 個時段列計，每時段至少 3 小時(每週開放至少 2 個時段)辦理。

二、**服務時段、服務人數及服務級數：**

(一)**延續型醫事 C:依據 114 年第 4 季服務時段及服務人數，分 3 級獎助業務費**，如 115 年經認定級數較 114 年低者採 114 年級數予以獎助。

1. 一般區:

服務時段 服務人數	2-3 時段	4-5 時段	6-7 時段	8-9 時段	10 時段
20人(含)以下	第1級： 27,500 元	第1級： 27,500 元	第1級： 27,500 元	第2級： 55,000 元	第2級： 55,000元
21-30 人	第1級： 27,500 元	第1級： 27,500 元	第1級： 27,500 元	第2級： 55,000 元	第3級： 80,000元
31-60 人	第1級： 27,500 元	第2級： 55,000 元	第2級： 55,000 元	第3級： 80,000 元	第3級： 80,000元
61人(含)以上	第1級： 27,500 元	第2級： 55,000 元	第3級： 80,000 元	第3級： 80,000 元	第3級： 80,000元

2. 原住民族地區級長照偏遠地區:

服務時段 服務人數	2-3 時段	4-5 時段	6-7 時段	8-9 時段	10 時段
15人(含)以下	第1級： 28,500 元	第1級： 28,500 元	第1級： 28,500 元	第2級： 57,000 元	第2級： 57,000 元
16-20 人	第1級： 28,500 元	第1級： 28,500 元	第1級： 28,500 元	第2級： 57,000 元	第3級： 83,000 元
21-50 人	第1級： 28,500 元	第2級： 57,000 元	第2級： 57,000 元	第3級： 83,000 元	第3級： 83,000 元
51人(含)以上	第1級： 28,500 元	第2級： 57,000 元	第3級： 83,000 元	第3級： 83,000 元	第3級： 83,000 元

(二)新增型醫事 C:新設置第 1 年以第 1 級核定經費。

(三)應依服務量能核定獎助，本府將檢核 **115 年度執行成果每月身分證號歸戶需符合核定分級人數規定，且每月平均服務人數需符合核定分級人數之八成**，未達者將調降次年度業務費級距；一百一十六年起每月平均服務人數原則須符合核定分級人數。

三、**應提供服務項目內容：**

1. 倘未辦理其一應辦理服務項目，本府將不予補助任何費用，其撥款金額，予以追回。
2. 各時段醫事C據點，請符合核定量能之規定。
3. 應辦理服務項目及說明：

應辦理服務項目	服務內容說明及規定
1. **電話問安**、諮詢及轉介服務或**關懷訪視服務**(擇一辦理)	1. 關懷訪視：定期安排人力（志工或臨時人力）定期至服務區域之65歲以上長輩家中進行訪視，關心老人的生活近況，提供生活諮詢服務，建立關心，進而將長輩帶至據點，提升其社區參與的機會，並紀錄備查。 2. 電話問安：定期提供電話問安、生活諮詢、提供福利訊息或資源轉介等服務，並留紀錄備查。
2. **餐飲服務**	1. 定期(每週為佳)**於據點提供長者餐食共餐服務(以中餐為主)**，促進社會參與及增加長輩與他人互動機會。 2. 定期針對服務區域內需要餐飲之長者，提供送餐服務。 3. 注意事項： (1) 備餐形式採取餐者：配合店家為地方衛生機關檢查合格之單位。 (2) 為營造高齡友善飲食環境，醫事C內自行烹煮提供共餐服務之據點，應配合衛生福利部國民健康署社區營養推廣中心之輔導及人員培訓等，共同推動營養教育及高齡友善飲食。
3. **健康促進活動**	1. 每週辦理健康促進活動(課程)，改善長者其健康及心理狀況，並透過參加活動，使長者生活豐富。 2. 健康促進課程(一堂至少安排1.5至2小時為佳)應包含: (1)當年度辦理至少1期連續6堂(每週一堂為佳)，內容有關改善及預防吞嚥障礙、足部護理、慢性病(照顧者)自我健康管理、肌少症、認識失智症(擇一辦理)之系列課程。 (授課師資應為滿2年以上之相關經驗醫事人員，核銷請檢附佐證資料) (2)請運用醫事C專業背景優勢及發揮醫事C據點特色，每月請辦理至少1堂(10時段每週至少1堂)有關醫療、健康、營養、

	運動、認知促進、長照及活躍老化等醫事相關保健課程、講座或衛教宣導服務(每月繳交月報表請註記辦理日期、時間及課程)，達到醫養合一的目的。 (3)連續 6 堂課程成果請填妥紀錄附件 44(含簽到表佐證)，於 115 年 10 月 15 日(含)前寄送本府。 (改善及預防吞嚥障礙：幫助長者健聲、改善及預防咀嚼吞嚥障礙、正常飲食相關衛教，維持咀嚼吞嚥機能及預防延緩吞嚥退化，以恢復良好生活品質。 足部護理：足部照顧衛教、足部常見的問題及趾甲常見的疾病(含老年足部生理變化)、足部評估與問題處理。 慢性病(照顧者)自我健康管理：為協助長者、慢性病患者及照顧者在健康照顧、生活型態及情緒處理等三方面自我健康管理行為，以提升其生活品質、使其有能量與疾病共存、促進生活品質。 肌少症：為協助長者認識、預防及改善肌少症，藉由認識肌少症，幫助長者維持身體活動能力、避免跌倒，提升生活品質，實現成功老化的目標。 失智症：透過課程協助長輩認識失智症、十大警訊、預防失智症及失智症照護與服務相關資訊)。
4. **預防及延緩失能照護計畫(限 115 年 12 月 18 日前完成)** 詳細相關規定及標準請參見預防及延緩失能照護計畫執行原則(附錄 1)辦理	1.每一服務單位 1 年最高補助 3 期，每期選用之照護方案應依在地服務對象特性及需求選用，**3 期選用之方案不可重複**，且服務期間不可重疊。 2.延續型醫事 C 每年應辦理 2 期課程(服務人數(ID)至少達 30 人)；倘為當年度新設置醫事 C 則應至少辦理 1 期課程。 3.每期(班)開設應事先評估合理之執行效益，不同期課程以不同長輩參與課程為準，每期開課人數至少達 10 人，每期實際出席平均人數不得低於 10 人(偏區實際出席人數可折半計算)，每期須辦滿每期 12 週課程。 4.參與對象不可同時重複參加不同班別，每人每年以3期為限。 5.每次活動之帶領須至少 1 位合格指導員(受審查通過核定並公告者)，依班級規模得增加適量之協助員或協助員以上之人力。 6.服務提供單位應建立服務管理與品質監控機制（如依據點服務長者類型選擇合適方案、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），並於向地方政府申請提供預防及延緩失能照護服務時繳交「服務管理與品質監控機制」，經地方政府審查通過後據以執行。

	7.服務提供單位除支付師資鐘點費，其餘經費編列及使用範圍同「衛生福利部及所屬機關長照服務發展基金獎助計畫經費編列基準及使用範圍」，惟應以執行預防及延緩失能業務所需為限。 8.綜上，未達以上標準者，不予支付講師費以外費用。倘114年度未辦理完整1期預防及延緩失能課程，將不予補助新北市醫事C巷弄長照站計畫任何費用，其撥款金額，予以追回。 9. 每期(班)開班後，請於每期前測、後測評估完成後 2 週內，將長輩評估結果及出席登錄系統，避免長輩重複至不同據點上課及以利本府掌握實際上課人數及課程辦理情形。
6.**長照服務宣導**	(1)應於 115 年 9 月 30 日(含)至少辦理 1 場，每場次至少 20 分鐘(含)以上，宣導對象至少 10 人，其中宣導內容為長照服務項目，其中應含 1966 長照專線及家庭照顧者支持服務。 (2)（一年至少辦理 1 場），請填妥長照服務宣導成果紀錄附件43(含簽到表佐證)，於 115 年 10 月 15 日(含)前寄送本府。
7.提供共融服務	醫事C級巷弄長照站應持開放、包容態度，具有接納不同文化族群、身心狀況長者之精神，不得拒絕提供特定對象參與醫事C級巷弄長照站活動及課程，在服務量能許可下，視個別長者之需要提供共融服務；特定對象不含具攻擊或滋擾行為致影響醫事C級巷弄長照站運作者。

四、依衛生福利部規定原住民族地區、離島及其他偏遠地區(石碇區、坪林區、平溪區、雙溪區、烏來區及貢寮區)執行應辦理項目及預防及延緩失能課程實際出席人次或人數可折半計算。

五、為積極維護本市醫事 C 巷弄長照站服務品質，自 111 年度起，依據醫事 C 品質指標落實醫事 C 品質管理機制，本府將進行全年度不定期實地訪視，其實地訪視結果將納入次年度補助經費之參考，請務必落實執行服務及服務相關紀錄留存，並達核定時段服務量能，若未達服務量能標準，將以書面通知限期改善，限期仍未改善之據點，將依據退場機制辦理。另查核如發現有造假活動紀錄及不實辦理活動之紀錄，次年度不予補助。

六、申請 10 個時段有服務量能之單位，請一併辦理長期照顧之喘息服務特約，提供 GA07 巷弄長照站喘息服務(臨時托顧)。

玖、補助原則、項目及基準：

一、補助原則：

(一)114 年 12 月 31 日前已設立之據點：

1.115 年度符合延續辦理資格之醫事 C(通過本府 114 年度社區整體照顧服務體系醫事 C 巷弄長照站實地訪視及輔導機制)：應重新申請計畫且經本府核定經費，辦理時間溯自 115 年 1 月 1 日起計算。

(二)115 年度新設置之醫事 C：須先申請計畫，並經審查會議(審查總分達 80 分以上)通過，本府保有最後審查權，其補助核定時間依公文函知核定月份起算。

(三)115 年度新設置之醫事 C，當年度僅補助 1 個據點辦理服務。

(四)申請衛生福利部獎助經費之補助對象，依長照服務發展基金 115 年度一般性獎助經費申請、審查及財務處理暨獎助項目及基準相關規定辦理，並參考衛生福利部長期照顧服務申請及給付辦法、衛生福利部社會及家庭署推展社會福利補助作業要點及衛生福利部社會及家庭署當年度推展社會福利補助項目及基準。

(五)自 108 年度起獲補助購置之設施設備(開辦設施設備費及充實設備費)，倘購買設施設備未滿 3 年內有停辦情形者，應按未使用月份比例繳回補助經費，設施設備所有權撥交受補助單位管理。

(六)醫事 C 申請之費用（單價未滿新臺幣 1 萬元或使用年限未滿 2 年之開辦或充實設施設備：物品(經常門)、業務費、專職人員服務費用、失智症獎助費畫費用、預防及延緩失能照護計畫費用、經費免自籌款)，不得以強制攤派或其他強迫方式要求薪資回捐或未全額給付薪資，亦不得向因職務上或業務上關係有服從義務或監督之人強行為之。

(七)醫事 C 單位應簽署公職人員之關係人身分關係揭露表(附件 7)及實名制切結書(附件 6)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，未配合者，不予獎助。

(八)經本府審查通過有 Fu 長照站及失智據點之單位優先補助。

二、**補助項目及基準(本府將保有經費最終審查核定權)**：申請單位提報之補助項目，將依本府核定補助項目及金額為準；若本年度補助經費用罄後，不再給予該補助項目。

(一)開辦設施設備費：

1. 新設置醫事C最高獎助新臺幣10萬元整(資本門補助上限為2萬元)。
2. 已於其他補助項目中申請相關設施設備者，以不重複補助為原則，其補助內容及經費額度詳本計畫附錄1，並以具有「節能標章」或「能源效率分級標示第一級」認證之產品為優先。
3. 應落實巷弄長照站無障礙環境營造，宜優先運用開辦及充實設施設備費使用於規畫安全空間、購置與照顧服務有關設施設備或簡易之無障礙設施設備(如扶手、防滑措施、斜坡板等)項目優先，以維護民眾照顧之權益，有關本市特約無障礙改善廠商清冊詳本計畫附表四。
4. 若本年度補助經費用罄後，不再補助開辦設施設備費。

(二)充實設施設備費：營運滿3年之醫事C，第4年起始得申請充實設施設備費獎助，並依財物標準分類所列最低使用年限規定辦理。

1. 每個據點每年最高獎助新臺幣5萬元整(資本門補助上限為1萬元)。
2. 若本年度補助經費用罄後，不再補助充實設施設備費；並且設備費以開辦設施設備費優先補助，並以具有「節能標章」或「能源效率分級標示第一級」認證之產品為優先。
3. 歷年補助設備費累計達新臺幣60萬元（含開辦設施設備費），不再獎助。
4. 請依實務服務需求評估申請項目，獎助內容及經費額度詳本計畫附錄1。

(三)業務費(含志工相關費用)：延續型之醫事C依114年第4季服務時段及人數分3級獎助，依下列服務時段數每月獎助業務費，開放時段每半天以1個時段列計，每時段至少3小時，並辦理共餐服務。

1. 第1級醫事C：每月最高獎助新臺幣2萬7,500元(偏區2萬8,500元)。
2. 第2級醫事C：每月最高獎助新臺幣5萬5,000元(偏區5萬7,000元)。
3. 第3級醫事C：每月最高獎助新臺幣8萬元(偏區8萬3,000元)。
4. 業務費補助項目如下:水電(帳單需為申請單位)、電話費(限至多補助2個門號使用費用)、活動場地費、網路費、書報雜誌、瓦斯費、文具費、文宣印刷費、活動講座費、有線電視裝機費、收視費、公共意外責任險、器材租金及維護費（用於醫事C服務之相關設施設備)、活動材料費、食材費及團膳費用(限提供餐飲服務)、交通費（接送長者參與據點活動往返費

用為限，項目含油料費、租車費用)、臨時工資(限每週提供服務 6 個至 10 個時段之每月補助上限 5,000 元)、攝影、茶水、郵資、運費、志工相關費用(志工保險費、志工誤餐費(請款請檢附志工服務出勤表及印領清冊)、志工交通費（限關懷訪視或送餐服務編列)、志工背心費)、據點創新課程，及其他經本府核可據點所需項目。

5. 醫事 C 單位經本府核定獎助經費後，若執行服務期程中有特殊原因需衡酌實際業務需要，可覈實調整支用其他補助項目(請注意已核銷之項目金額)，應於 115 年 9 月 30 日(含)前來文向本府敘明調整原因辦理變更經費概算表，當年度以變更 1 次為限，倘逾期未辦理變更，將依原核定計畫辦理。

6. 醫事 C 單位得於核予獎助業務費之每月百分之二十範圍內，衡酌實際業務需要，覈實調整業務費支用於其他月份。

(四)專職人員服務費：限第 3 級且每週開放 10 個時段之醫事 C 資格申請。

1. 專職人員(照顧服務員)：每人每月獎助新臺幣 3 萬 4,000 元，且大專院校畢業資格之照顧服務員每人每月加值獎助新台幣 1,000 元，每人每年最高獎助十三點五個月(含年終獎金一點五個月)。

2. 須符合下列之一者(申請單位應檢附資格證明文件影本)：

   (1) 領有照顧服務員訓練結業證明書。

   (2) 領有照顧服務員職類技術士證。

   (3) 高中(職)以上學校護理、照顧相關科(組)畢業。

3. 本案獎助專職人員之加班費、未休假加班費、勞、健保及提撥勞退準備金等相關雇主應負擔費用，每月獎助新臺幣 6,000 元整。

4. 至 114 年 12 月 31 日開辦 10 時段服務未滿 20 人之醫事 C，得持續接受專職人員服務費獎助至 115 年 12 月 31 日，116 年起依前年度服務狀況分級獎助。

5. 工作項目：專職專任執行醫事 C 專案活動及課程安排等服務，倘查核發現未於現職巷弄站服務且兼職或重複支領相關費用者，則不予獎助人員加值費用，並追回已補助之專職人員費用。

6. 醫事 C 單位應敘明上開人員相關工作職掌，並依上開規定給付專職人員獎助費、辦理勞工保險(含普通事故保險及職業災害保險)、全民健康保險或提撥勞工退休準備金，如符合勞動基準法或勞工退休金條例之適用對象，倘申請單位未依規定給付專職人員、年終獎金、辦理勞工保險、全民健康

保險或提撥勞工退休準備金者，本府將不予獎助專職人員服務費用，其當年度已核發之該專職人員服務費用，應予追回。

7. 專職人員中途離職，服務未滿整月者，按實際在職日數覈實計支；其每日計發金額，以當月全月俸給總額除以該月全月之日數計算。專職人員年終獎金計算比照軍公教人員年終獎金發給注意事項之規定：「當年 1 月 31 日前已在職人員至 12 月 1 日仍在職者，發給 1.5 個月之年終獎金；2 月 1 日以後各月份新進到職人員，如 12 月 1 日仍在職者，按實際在職月數比例計支。」辦理。
8. 醫事 C 據點申請單位不得以強制攤派或其他強迫方式，要求專職人員薪資回捐或未全額給付薪資，亦不得向因職務上或業務上關係有服從義務或監督之人強行為之。
9. 核銷請檢附每月薪資匯款證明、切結書、勞健保、勞退納保相關證明文件、專職人員申請表、印領清冊、學經歷及相關證照影本乙份。
10. 專職人員新任或離職時，請於異動日後 14 日內填寫人員異動報告表(如附件 38)函報本府備查，如為新任人員，請檢附身分證影本、資格證明文件影本（影本加蓋與正本相符章、負責人章）。
11. 配合本府推動新北市政府辦理長期照顧十年計畫 3.0 服務實施計畫、長照服務相關獎助計畫及服務量能高於辦理項目標準及服務效益佳者優先補助，專職人員服務費經費申請達上限後，將不予補助專職人員相關費用。
12. 專職人員相關資料，應登載於社區照顧關懷網系統。

(五)預防及延緩失能照護計畫費用：一年最高補助 3 期，最高獎助新臺幣 10 萬 8,000 元(每期獎助新臺幣 3 萬 6,000 元)，補助內容依 115 年預防及延緩失能照護服務執行原則說明辦理(請參照附錄 1)。

(六)失智症者獎助費：

1. 醫事 C 服務人員 115 年參加由直轄市及縣(市)政府依據衛生福利部函頒之「失智照護服務計畫」辦理失智症照顧相關教育訓練。
2. 醫事 C 服務人員接受上開教育訓練後，輔導該巷弄長照站之失智個案參加預防及延緩失能之認知促進模組課程。
3. 每名醫事 C 服務人員符合上開 1. 及 2. 則獎助據點新臺幣 500 元，每據點每年最多獎助新臺幣 1,000 元，每名至多補助一次。
4. 醫事 C 服務人員須提出足資證明(115 年參加失智症照顧相關教育訓練證明及失智個案為失智症之文件)，由醫事 C 據點檢附佐證資料向本府提出

申請，支付據點補助費用。

5. 上揭足資證明失智症之文件包含診斷證明書、身心障礙證明(障別為失智症)或經醫師臨床診斷為失智症之證明文件。

三、醫事C巷弄長照站自費收費基準：核定之醫事C單位須依下列收費標準執行，且收費應開立收據或發票，以資證明。

(一)健康促進課程：受服務者單次課程材料費用自費以100元為上限。

(二)共餐或送餐：受服務者單次餐食自費以80元為上限。

(三)巷弄長照站喘息服務：申請計畫並與本府完成長照特約之服務單位方可訂定此自費項目，以長期照顧服務申請及給付辦法規定辦理，每小時170元為上限(提供未符合長期照顧服務申請及給付辦法規定服務之個案)。

(四)接送長者(含社區式交通接送補助者)由住所至巷弄長照站之交通接送10公里內自費以100元為上限，超過10公里以上，請依照實際超額部分自費(倘個案符合長期照顧服務申請及給付辦法規定服務之個案，勿重複支領，如有發現將依計畫壹拾參條相關規定辦理)。

(五)未符合本計畫之服務對象至醫事C巷弄長照站接受服務者，將依照各單位計畫提報核備自費收費標準進行服務。

壹拾、申請程序、應備文件：

一、申請程序及資料：申請補助單位請向本府提出補助計畫之申請，並**撰寫115年度計畫書及經費概算表(請依據本計畫補助項目及基準)**，連同申請單位證明文件等相關資料，送至本府辦理審查。

二、申請單位繳交資料如下：

(一)延續型醫事C：1份完整計畫書(含附件1至附件9)及電子檔(需用印完)1份。

(二)新設置醫事C：一式3份完整計畫書(含附件)及電子檔(需用印完)1份。

三、申請計畫應備文件：(**請備齊以下必要文件，並依下列順序排列擺放；若資料不齊及份數不符者，視同資格不符，恕不受理亦不退件。**)

申請應備資料(請按順序排放)	附件	備註
1. 計畫申請表及計畫書	如附件1、2	務必加蓋申請機構用印(圖記)及負責人印章(申請單位全銜與機構用印名稱必須相符)。

2.申請新北市政府補助款聲明書	如附件 3	務必加蓋申請單位關防(圖記)及負責人印章。
3.據點場地空間規劃平面圖及照片	如附件 5	務必加蓋申請單位關防(圖記)及負責人印章、租賃契約或其他相關檢具佐證資料。
4.據點場地使用同意書	如附件 4	務必加蓋申請單位關防(圖記)及負責人印章】、租賃契約或其他相關檢具佐證資料。
5.據點場地緊急處理流程	自行檢附	
6.據點公共意外責任險證明	自行檢附	
7.經直轄市、縣(市)政府合法立案之醫事機構、長照服務機構立案或開業證書影本	自行檢附	
8.申請單位存摺影本	自行檢附	
9.長者服務名冊	如附件 8	
10.據點志工名冊	如附件 9	
11.配合實名制切結書	如附件 6	
12.公職人員之關係人身分關係揭露表	如附件 7	
13.其他相關證明	自行檢附	

壹拾壹、經費來源：「長期照顧十年計畫 3.0-社區整體照顧服務體系及長照服務資源相關費用」。

壹拾貳、核銷撥款程序及應備文件(核銷檢附資料請參照衛生福利部長照基金獎助案件核銷需檢附資料一覽表)：

一、本計畫分 4 次請款撥付(各醫事 C 務必每次送件申請)，應備相關資料請一式 2 份（其中影本一份單位自行留存），正本直接函送本府辦理結案備查。

撥款程序	應備相關資料(請按順序排放)	備註
一、第 1 期款項程序	115 年度計畫經本府審查核定通過之單位，請於文到次日起 14 日內，函送核定函、核定表(影本)及領據申請第 1 期款。	先撥付計畫核定總額 30%，辦理單位未設有專

		戶，於完成核銷程序後撥付獎助經費。
二、第 2 期款核銷程序	應於 115 年 7 月 31 日前(含)函送(115 年 1 月至 6 月份)之 (1)支出憑證簿(如附件 24) (2)支出憑證明細表(如附件 25) (3)經費核銷對照表(如附件 26) (4)每月業務費支出彙整表 (5)原始憑證核銷資料(以 1 至 6 月份核銷費用之原始憑證) (6)本府核定函與核定表影本及請款領據 (7)預防及延緩失能照護服務資料（請匯出服務量表-師資名冊、個案出席紀錄表）	實際核銷撥付計畫核定總額上限為 60%（包含預先撥付款項 30%）。
三、第 3 期款核銷程序	應於 115 年 12 月 5 日前(含)函送(115 年 7 月至 11 月份)之 (1)支出憑證簿(如附件 24) (2)支出憑證明細表(如附件 25) (3)經費核銷對照表(如附件 26) (4)每月業務費支出彙整表 (5)原始憑證核銷資料(以 7 至 11 份核銷費用之原始憑證) (6)本府核定函與核定表影本及請款領據 (7)預防及延緩失能照護服務資料（請匯出服務量表-師資名冊、個案出席紀錄表）	實際核銷撥付計畫核定總額上限為 95%（包含預先撥付款項 30%）。
四、第 4 期款核銷程序	應於 115 年 12 月 31 日(含)前函送 (1)全年成果報告表(如附件 23) (2)支出憑證簿(如附件 24) (3)支出憑證明細表(如附件 25) (4)經費核銷對照表(如附件 26)	如有賸餘款及專戶孳息款，俟本府函文通知後

	(5)每月業務費支出彙整表 (6)核銷領據及黏貼憑證、印領清冊(公版格式) (7)本府核定函與核定表影本 (8)預防及延緩失能照護服務資料（請匯出服務量表-師資名冊、個案出席紀錄表） (9)其他相關資料(如附件 33-34 財產清冊及非消耗品清冊、附件 35 支出費用分攤表、附件 37-38 專職人員切結書、申請表、印領清冊)	繳回至本府專戶並辦理結案備查，將依據申請單位之原始憑證資料，審查通過後核實撥付賸餘款項。

●115 年經費使用執行率需達至少 90%且第 4 期款剩餘金額不得高於核定總金額之 10%，若未達標，次年度核定經費將依本年度之執行率為核定標準。

壹拾參、服務計畫變更規範：為維護長者服務權益與本市推動醫事 C 巷弄長照站業務宗旨，執行期間如有下列情形需申請計畫變動，應敘明理由函報本府並經核准後方可辦理說明如下：

一、**經費變更**：經本府核定獎助經費後，請確實依核定補助計畫執行，**非核定之補助項目不得以補助經費支付。**若執行服務期程中有特殊原因需衡酌實際業務需要，可覈實調整支用其他補助項目(請注意已核銷之項目金額)，應於 115 年 9 月 30 日(含)前來文向本府敘明調整原因辦理變更經費概算表，當年度以變更 1 次為限，倘逾期未辦理變更，將依原核定計畫辦理。

二、**地點變更**：場域變更僅限同行政區域變動(不得跨行政區域遷移地點)，並以本市未設置 C 單位之里別為優先，除不可抗力原因外，當年度以變更 1 次為限，且需符合本計畫場域規範(檢附申請表及相關資料如附件 20)，並於變更前 1 個月前函送資料至本府，經核備通過後方可遷移。

三、**專職人員異動**：專職人員新任或離職時，請於異動日後 14 日內填寫專職人員異動報告表(如附件 38)函報本府備查，如為新任人員，請檢附身分證影本、資格證明文件影本（影本請加蓋與正本相符章、負責人章)。

壹拾肆、督導及考核：

一、督導規定項目	二、延續辦理資格評估參考項目
1. 為充分發揮巷弄長照站長照服務向前延伸功能，醫事Ｃ應落實下列事項： (1) 落實服務項目：應完整提供社會參與、健康促進、共餐服務及預防延緩失能等服務項目。 (2) 落實多元轉介：應透過照管專員、社整中心個管人員，視失能或失智服務對象需求，轉介巷弄長照站。 (3) 提供共融服務：應持開放、包容態度，具有接納不同文化族群、身心狀況長者之精神，不得拒絕提供特定對象參與巷弄長照站活動及課程，在服務量能許可下，視個別長者之需要提供共融服務。 (4) 保障醫事Ｃ工作人員勞動權益：應落實勞動相關法令。 (5) 配合訪視查核：本府訂有醫事Ｃ服務品質管理機制，並每季進行實地查核，醫事Ｃ不得無故拒絕查核，如有不符檢核指標或本府規定，不予獎助並輔導退場。 (6) 為營造高齡友善飲食環境：自行烹煮提供共餐服務之單位，應配合本部國民健康署及本府社區營養推廣中心之輔導及人員培訓等，共同推動營養教育及高齡友善飲食。 倘查有醫事Ｃ執行單位未能配合上列情事之一，應視歷年執行情形及情節輕重，停止該單位長照服務發展基金獎助資格1至3年。	1. 為提升醫事Ｃ服務品質及瞭解據點服務推動情形與辦理服務效益，本處將進行實地訪視機制，不得拒絕查核，應配合下列項目： (1)本府已訂定新北市醫事Ｃ單位巷弄長照站品質指標(附錄3)及實地訪視及退場機制(附錄4)，醫事Ｃ單位應配合辦理，以利提升據點辦理服務品質。 (2)應配合本處及委託之輔導團所辦理之每季至少1次實地訪視(不定期訪視)、各項會議、培力課程、活動及輔導作業等相關業務推動事宜。 (3)實地訪視時，醫事Ｃ不得無故拒絕查核，且現場須有工作人員協助配合查核。輔導團將針對據點實際辦理狀況(含服務課程線上實名制刷卡)、預防及延緩失能課程辦理情形進行輔導及訪視紀錄，將品質指標佐證資料備妥，以利訪查需要)，且不得規避。 (4)若經本府通知限期仍未改善之據點，將依據退場機制辦理。 (5)倘上述規範未能配合遵守之醫事Ｃ，將納入次年度延續辦理資格評估參考。
2. 醫事Ｃ應以申請之據點空間為主提供服務，	2. 醫事Ｃ應於次月5日前請填妥**前**

若預辦理外出課程，請遵循規劃原則性:需考量長輩身體狀況及體能負荷程度避免舟車勞頓之活動，參加長輩應確實投保相關旅遊平安險、車輛保險(若需運用補助經費需依核定經費項目核實請領)，並由醫事C據點全權負責外出安全責任(請於活動前**至少14日內**將活動內容、參與人數等資料電子郵件通知承辦人)。	**月份服務量能至雲端月報表**，並將**前月份成果月報表（附件21）、活動照片(附件22)、當月服務清冊統計表(附件46-EXCEL檔案)及次月服務課表**，以電子檔寄至承辦人之信箱備查，如未如期繳交資料，將納入次年度延續辦理資格評估參考。
3.申請核銷時請於支出憑證明細表列明補助項目及金額並於成果報告中說明補助款使用情形，本府及有關單位隨時派員稽查考核，**如有發現未依補助計畫執行，得以書面通知改善，逾期未改善者，得全部或部分撤銷補助，並繳還補助款。**	3.醫事C應依當月編列課程表辦理服務計畫並應以申請之據點空間為主提供服務；**切勿於核定應辦理時段未開放及提供據點服務，如有發現此情形，將依未辦理時段按比例扣除補助經費，並納入次年度延續辦理資格評估參考。**
4.醫事C應設立專戶儲存衛生福利部補助經費(含公益彩券回饋金)，其由專戶存款所產生之孳息，不得抵用或移用，應於每年1月繳回；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。	4.(1)醫事C應配合本計畫之規範、配合本府提供相關據點數據及資料，並應按時繳交資料供參考審核，**如有未按時提供或未能配合計畫辦理服務之狀況(含連續3個月未達量能服務標準)，且經本府通知限期仍未改善之醫事C，將不予補助經費**，且納入次年度延續辦理資格評估參考。 (2)若處疫情時期，倘有尚無法遵守配合防疫指引辦法或有條件恢復後無法復辦之單位，請函報本府無法復辦服務原因，若經本府通知限期仍未恢復之醫事C，於未恢復服務期間本府將不予補助任何經費，且納入次年度延續辦理資格評估參考。

3.補助款應專款專用，所購置設備請確實依核定項目執行使用，不得移作他用，並請於適當位置標明「衛生福利部獎助」字樣及製作財產清冊(如附件 33-34)，且於該設施設備黏貼財產標籤，以供查製作財產清冊，於該設施設備黏貼財產標籤，以供查核。	5.醫事 C 應依本計畫第壹拾貳條核銷程序、應備文件辦理核銷結案，如有未按時提供且經本府通知限期仍未改善者，將納入次年度延續辦理資格評估參考。
4.禁止在醫事 C 巷弄長照站中販售健康食品及進行醫療輔助行為，因抽血檢驗係屬醫療輔助行為，依護理人員法第 24 條第 2 項、醫事檢驗師法第 12 條第 2 項及第 17 條第 2 項規定，護理人員或醫事檢驗人員執行該項業務時，非經醫師指示不得為之；如有違反相關規定，並依醫事相關法規論處，以維護民眾服務權益。	6.本府將依據品質指標評估結果、據點辦理服務情形(實地訪查結果)及年度(歷年度)辦理服務效益，納入次年度延續辦理資格之評估參考，其本府將保有經費最終審查權。
5.為利醫事 C 服務個案權益及服務不中斷，如有預計終止辦理醫事 C 服務，請於終止日期至少 1 個月前來文核備，公文須說明終止原因及預計終止日期，並檢附服務個案轉介情形清單。	

壹拾伍、本計畫所需相關表單請參閱附件 1 至附件 46 及附表一至附表四。

壹拾陸、符合辦理社區照顧關懷據點服務實施計畫資格之社福單位欲辦理 C 級單位請逕洽新北市政府社會局；未符合辦理社區照顧關懷據點資格之醫事機構、長照服務機構欲辦理 C 級單位請依計畫辦理。

壹拾柒、申請單位所提之資格證明文件(核銷資料)如有不實或偽造者，將取消其資格及不與補助任何費用(當年度已補助金額予以追回)，事後發現者亦同。

壹拾捌、本計畫本府保有最後審查、調整及規範權，如遇中央政策或獎助變更，得視情況調整計畫內容，申請單位應配合辦理。

壹拾玖、若為疫情期間，醫事C應依「衛生福利多元預防社區式活動因應COVID-19 防疫管理指引」保護服務人員與服務對象健康及降低疫情於活動據點傳播機率與規模。

貳拾、本計畫奉核後實施，修正時亦同。本計畫未盡事宜，依衛生福利部長照服務發展基金 115 年度一般性獎助經費申請、審查及財務處理暨獎助項目及基準、衛生福利部社會及家庭署獎助方案之提升社區照顧關懷據點服務量能計畫規定辦理。

附錄、附件及附表清單

附錄			
附錄 1	115 年預防及延緩失能照護服務執行原則說明	附錄 3	新北市醫事 C 單位巷弄長照站品質指標
附錄 2	相關費用補助項目及標準參考表	附錄 4	實地訪查及退場機制
附件			
附件 1	計畫申請表	附件 24	經費支出憑證簿
附件 2	申請補助計劃書	附件 25	經費支出憑證明細表
附件 3	補助款聲明書	附件 26	經費核銷對照表
附件 4	房屋土地使用同意書	附件 27	據點請款領據
附件 5	據點場地空間規劃平面圖、場地照片、場域設置基本需求表	附件 28	活動講座/預防及延緩失能計畫鐘點費領據
附件 6	配合實名制切結書	附件 29	臨時酬勞費用印領清冊
附件 7	公職人員之關係人身分關係揭露表	附件 30	支出費用黏貼憑證用紙
附件 8	長者服務名冊	附件 31	業務費之志工誤餐費、志工交通費印領清冊
附件 9	志工名冊	附件 32	交通接送清冊
附件 10	社區長者需求調查（參考格式）	附件 33	財產清冊
附件 11	個案資料表	附件 34	非消耗品清冊、財產清單照片
附件 12	關懷訪視紀錄表	附件 35	支出費用分攤表
附件 13	電話問安紀錄表	附件 36	領據
附件 14	體溫及血壓每日登記表	附件 37	專職人員服務費切結證明書
附件 15	活動名稱(預防延緩失能、講座)、簽到表	附件 38	專職人員申請/變更表
附件 16	課程/講座活動設計表	附件 39	照顧服務員專業服務費用印領清冊
附件 17	會議紀錄(範例)	附件 40	租金收據
附件 18	志工/臨時人力出勤紀錄表	附件 41	經費變更申請表
附件 19	長者狀況評估問卷	附件 42	修正經費概算對照表
附件 20	場地變更申請表	附件 43	長照宣導活動成果報告、簽到表
附件 21	執行成果月報表	附件 44	115 年度辦理健康促進活動連續 6 堂系列課程成果報告
附件 22	115 年月份成果照片	附件 45	衛生保健志工隊及志願服務人員申請步驟
附件 23	115 年辦理醫事 C 巷弄長照站服務計畫-期末成果報告表	附件 46	115 年服務清冊統計表
附表			
附表一	預防及延緩失能照護服務流程	附表三	預防及延緩失能照護服務方案
附表二	長者功能自評量表	附表四	無障礙施工改善特約廠商名冊

附錄1、115年預防及延緩失能照護服務執行原則說明

一、 服務提供單位：
由「壹、衛生福利部獎助方案七、長期照顧十年計畫2.0-社區整體照顧服務體系」，以及「貳、社會及家庭署獎助方案一、社區多元預防性照顧服務資源及量能提升方案-建立社區照顧關懷據點並設置巷弄長照站」所稱之巷弄長照站辦理，或失智照護計畫之失智社區服務據點。

二、 辦理目的：促進長者健康，預防延緩失能。

三、 服務對象：社區長者。

四、 服務方案提供內容：

(一) 每單位(期)：1期12週，每週1次，每次2小時。

(二) 由服務提供單位選擇服務方案時，應考量其服務對象特性及需求，並依長者功能評估結果，以加強長者所需面向之服務。

五、 服務管理流程（如附表一）：

(一) 開班：選用本部指定資訊平台(下稱資訊平台)所載方案及師資，並完成欄位建置與登錄。

(二) 介入前測：方案執行前2週內到課程開始1週內，指導服務對象使用「長者功能自評量表」自評或協助其完成，若有異常，再進行分項評估（如附表二）。評估結果並於前述時限內，於資訊平台完成登錄。

(三) 介入後測：於方案執行之最後1週至課程結束後2週內，指導服務對象使用「長者功能自評量表」自評或協助其完成，若有異常，再進行分項評估（如附表二）。評估結果並於前述時限內，於資訊平台完成登錄。

(四) 回饋結果：於方案執行之最後1週到課程結束後2週內，於資訊平台完成「方案品質指標」（如附表三）填報。

六、服務提供單位應提出服務管理與品質監控機制（如依據點服務長者類型選擇合適方案、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），並於向地方政府申請提供預防及延緩失能服務方案時繳交「服務管理與品質監控機制」，經地方政府審查通過後，據以執行。

七、 服務補助規範：經費編列標準及核銷方式

(一）每期（十二週，每週一次，每次二小時）支付額度上限為新臺幣3萬6千元。

(二) 每一服務提供單位1年最高補助3期，3期選用之方案服務期間不可重疊。

以預防及延緩失能服務提供之場地為認定單元（每一服務執行場地為一個計算單元）。

(三）服務提供單位支付師資鐘點費如下列之編列標準：

1. 指導員（主要帶領者）：指導員資格之專業師資或指導員，辦理上限1,200元/小時。

2. 協助員（協同帶領者）：具協助員資格之專業師資、指導員或協助員，支付上限500元/小時。

3. 若師資為據點之有給職工作人員且其薪資由本部長照基金支應者，不予支付鐘點費：惟屬自聘有給職工作人員，鐘點費依前二款支付上限折半計算。

(四) 服務提供單位除支付師資鐘點費，其餘經費編列及使用範圍同「衛生福利部及所屬機關長照服務發展基金獎助計畫經費編列基準及使用範圍」，惟應以執行預防及延緩失能業務所需為限。

(五）參與對象限制：

1. 參與對象不可同時重複參加不同班別，每人每年以3期為限。

2. 每期（班）開設應具合理之執行效益，每期實際出席平均人數不得低於十人，惟原住民族地區、離島及其他長照偏遠地區（計93處，詳附件一、原住民族地區、離島地區及長照偏遠地區一覽表）實際出席人數可折半計算。

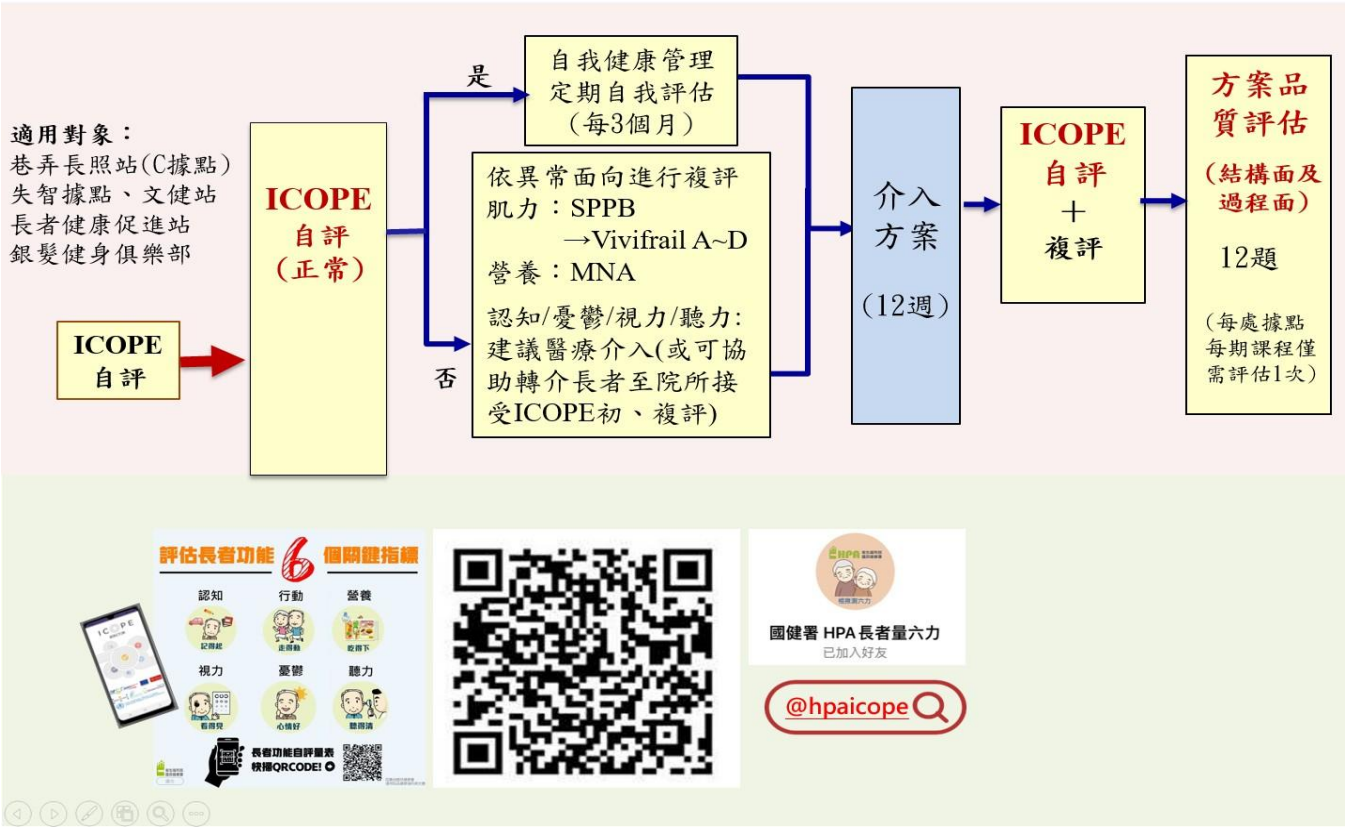
(六）服務提供單位向地方政府申請提供預防及延緩失能照護服務時，應自行評估服務據點具足夠服務量能及執行效益，如每期（班）開設實際服務人數未達標準或未完成每期12週課程，則不予支付該期補助費用。惟有颱風、疫情等原因致無法如期辦理課程，且經地方政府認定原因合理，得依地方政府裁定之期限內順延辦理。

(七) 前述每期（班）開設實際服務人數未達標準、未完成每期12週課程或未依限於本部指定資訊平台完成介入前後效果量測結果之資料登打，如經地方政府認定屬不可抗力因素且無法排除，其影響確實造成課程無法續辦或實際(預期)效益未達，則在每期支付額度上限內，由服務據點檢具已辦課程及業務執行所需相關單據向地方政府核實請領。

(八) 每次活動之帶領須至少一位合格指導員（受審查通過核定並公告者），依班級規模得增加適量之協助員或協助員以上之人力，服務提供單位如因未符規範致未能請領當期開班補助費用，仍應支付指導員（協助員）已提供服務之師資鐘點費。

附表 1

預防及延緩失能照護服務流程



附表 2

長者功能自評量表-長者自評版

◆**量表說明：**

人老了一定會失能嗎? 您知道可以延緩失能發生嗎?

世界衛生組織(WHO)提出延緩失能的關鍵，需要管理六大面向的內在能力：「認知、行動、營養、視力、聽力及憂鬱」。國民健康署據此發展本量表，透過簡單的測驗，可以了解自我功能的狀況，及早介入處理，進而延緩失能。

若您已年滿65歲(原住民提早至55歲)，請利用背面量表，評估自我的身心狀況。

長者基本資料

姓名：_____ 出生年：_____ 性別：□男 □女

手機：_____ □無，聯絡電話：_____

現居地址：_____縣(市) _____鄉鎮市區 具原住民身分：□是 □否

第1次使用本量表評估：□是

□否，前次評估日期：_____年 _____月

本量表回收後，相關資料將作為衛生單位政策評估及查詢或個案追蹤健康管理使用。

長者同意請簽名或蓋章(手印)：_____

長者功能自評量表-長者自評版

評估日期：_____年___月___日

項目	題目	評估結果
認知功能	1. 您最近一年來，是否有記憶明顯減退的情形?	☑是 □否
行動功能	2. 您是否出現以下"任一種"情況? • 非常擔心自己會跌倒? • 過去一年內曾跌倒過? • 坐著時，必須抓握東西才能從椅子上站起來?	☑是 □否
營養不良	3. 在非刻意減重的情況下，過去三個月，您的體重是否減輕3公斤或以上?	☑是 □否
	4. 過去三個月，您是否曾經食慾不好?	☑是 □否
視力障礙	5. 您的眼睛看遠、看近或閱讀是否有困難? (此題回答「是」，請答題目5-1.；此題回答「否」，請跳答題目6.)	□是 □否
	5-1. 您過去1年是否"曾"接受眼睛檢查？	□是 ☑否
聽力障礙	6. 您的聽力是否出現以下"任一種"情況? • 電話或手機交談時聽不清楚，或因為沒聽到鈴聲常漏接電話? • 看電視/聽收音機時，常被家人或朋友說音量開太大聲? • 與人交談時，常需要對方提高說話音量或再說一次? • 因為聽力問題而不想去參加朋友聚會或活動?	☑是 □否
憂鬱	7. 過去兩週，您是否常感到厭煩(心煩或「阿雜」)，或覺得生活沒有希望?	☑是 □否
	8. 過去兩週，您是否減少很多的活動和原本您感興趣的事?	☑是 □否

- 以上功能評估結果如有異常(也就是您有勾選灰底處)，可於回診時請教醫師，若您暫時沒有尋求相關協助，可參考以下健康資訊，或查找以下住家附近可利用的社區資源及課程。

簡易身體表現功能量表
SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY (SPPB)

評分內容	得分
1.平衡測試：腳用三種不同站法，每種站立10秒。使用三個位置的分數總和。	
A.並排站立 (Side-by-side stand) 	☐ 1分：保持10秒 ☐ 0分：少於10秒
B.半並排站立 (Semi-tandem stand) 	☐ 1分：保持10秒 ☐ 0分：少於10秒
C.直線站立 (Tandem stand) 	☐ 2分：保持10秒 ☐ 1分：保持3-9.99秒 ☐ 0分：保持<3秒
三個位置分數加總	
2. 步行速度測試：測量走四公尺的時間	☐ 4分：<4.82秒 ☐ 3分：4.82–6.20秒 ☐ 2分：6.21–8.70秒 ☐ 1分：> 8.70秒 ☐ 0分：無法完成
3.椅子起站測試：連續起立坐下五次的時間	☐ 4分：<11.19秒 ☐ 3分：11.2 – 13.69秒 ☐ 2分：13.7 – 16.69秒 ☐ 1分：16.7 – 59.9秒 ☐ 0分：> 60秒或無法完成
總分	

- 總分說明
  - ☐ 10-12分：行動能力正常
  - ☐ 0-9分：行動能力障礙

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé Nutrition Institute

姓名:		性別:	
年齡:	體重, 公斤, kg:	身高,公分, cm:	日期:

請於方格內填上適當的分數，將分數加總以得出最後篩選分數。

篩選

A 過去三個月內有沒有因為食慾不振、消化問題、咀嚼或吞嚥困難而減少食量?
- 0 = 食量嚴重減少
- 1 = 食量中度減少
- 2 = 食量沒有改變

☐

B 過去三個月內體重下降的情況
- 0 = 體重下降大於3公斤(6.6磅)
- 1 = 不知道
- 2 = 體重下降1-3公斤(2.2-6.6磅)
- 3 = 體重沒有下降

☐

C 活動能力
- 0 = 需長期臥床或坐輪椅
- 1 = 可以下床或離開輪椅，但不能外出
- 2 = 可以外出

☐

D 過去三個月內有沒有受到心理創傷或患上急性疾病?
0 = 有　　2 = 沒有

☐

E 精神心理問題
- 0 = 嚴重痴呆或抑鬱
- 1 = 輕度痴呆
- 2 = 沒有精神心理問題

☐

F1 身體質量指數 (BMI) (公斤/ 米 ^{2}, kg/m^2)
- 0 = BMI 低於 19
- 1 = BMI 19至低於21
- 2 = BMI 21至低於23
- 3 = BMI 相等或大於 23

☐

如不能取得身體質量指數(BMI)，請以問題F2代替F1。
如已完成問題F1，請不要回答問題F2。

F2 小腿圍 (CC) (公分, cm)
- 0 = CC 低於 31
- 3 = CC 相等或大於 31

☐

篩選分數　　(最高14分)　　☐☐

12-14分: 正常營養狀況
8-11分: 有營養不良的風險
0-7分: 營養不良

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of the MNA® - Its History and Challenges.* J Nutr Health Aging 2006;10:456-465. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF).* J. Geront 2001;56A: M366-377.

Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.

Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. *Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status.* J Nutr Health Aging 2009; 13:782-788.

® Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M

如需更多資料: www.mna-elderly.com

附表 3

預防及延緩失能照護服務方案品質指標

一、基本資料

題號	內容
1	方案適用對象（可複選） □健康長者　□衰弱長者　□輕度失能 □中度失能　□輕度失智　□中度失智 □其他 ＊說明：請選擇方案設計的主要對象
2	方案類別（可複選） □認知促進　□肌力強化　□營養管理 □生活功能　□社會參與　□口腔保健 □自主健康管理　□其他 ＊說明：方案面向為體適能者，可以勾選肌力強化。

二、結構面

題號	內容	答項
3	方案內容可融入長者健康之多元面向（包含認知、行動、營養、視力及聽力、情緒、用藥、生活功能、生活目標等） ＊說明 1：符合國際趨勢，方案雖有重點主題，但可於課程中帶入其他多元健康概念。 ＊說明 2：不強制多元面向主題內容，惟方案成效評量包含多元面向之長者功能自評量表（ICOPE）	□ 是 □ 否
4	提供可洽詢之聯繫窗口（單位及聯繫人）與聯繫方式	□ 是 □ 否
5	指導員之條件 ● 曾通過方案指導員資格。 ● 配合中央政府機關政策，完成衛生福利部國民健康署或教育部體育署提供之基礎增能課程訓練。 ● 建議可具備與方案面向（如：認知、肌力、生活功能、營養口牙及心理社會等）相符之專業背景。	□ 是 □ 否

三、過程面

題號	內容	答項
6	方案應用目標明確，符合參與長者的需求	□ 是 □ 否
7	方案模組之教案架構與核心原理清楚，且有可操作的流程 ＊說明:活動內容可依據教案架構與核心原理彈性調整。	□ 是 □ 否
8	活動設計安排，考量長者之參與度與互動性。 ＊說明:不僅是課堂講授方式、以長者實際操作為主	□ 是 □ 否
9	建立課前及課後長者功能評估機制，並依照課前評估結果（長者程度）進行課程調整。 ＊說明：建議長者參加一課程方案，至少需完成一次前測（課程執行前二週內到課程開始第一週）及後測（12週課程之最後一週到課程結束後二週內），有必要可另安排追蹤測驗。	□ 是 □ 否
10	利用各種多元方式獲得相關人員之回饋(滿意度、課堂討論)，調整課程內容 ＊說明：「相關人員」可包含參與課程之長者、帶領師資、社區據點工作人員等。	□ 是 □ 否
11	提供安全防護措施指引（例如：環境安全提示、預防跌倒、運動傷害等不良反應出現之措施）感控防疫措施指引與緊急意外事件處理流程。 ＊說明：指導員在執行方案（授課）過程中，有針對防疫或意外事件預防，提供安全防護指導提示。若有意外事件，其處置適切。	□ 是 □ 否
12	指導員有依循方案設計大綱提供授課。 ＊說明：請根據從指導員/研發單位/方案管理計畫拿到之課程大綱進行回覆。	□ 是 □ 否，指導員姓名：＿＿＿＿

四、結果面

題號	內容	答項
13	執行成效評估與分析 □A.長者功能自評量表（ICOPE）以及肌力或營養異常面向複評(肌力:SPPB、營養: MNA) □B.方案成效評估（可依 ICOPE 評估結果異常面向選用對應題項） □C.其他，方案開發者增加之評估：_____	□ 是 □ 否

附錄 2、新北市【醫事 C 巷弄長照站】開辦設施設備費、充實設施設備費、業務費及志工相關費用補助項目及標準參考表

一、補助項目：開辦設施設備費、充實設施設備費

單位：元

項次	補助內容	單位	數量	補助上限	使用年限	注意事項
1	折疊椅	張	1	500	5	1. 單價皆為補助上限。 2. 請依照據點實際需求編列，若本年度補助經費用罄後，不再補助設施設備費；並且設備費以開辦設施設備費優先補助。 3. 若執行期間計畫內容有特殊原因須調整或補助經費項目變動時，應先敘明理由函報本府，並經核准後方可辦理。 （備註：體脂計與體重計擇一補助；血壓計與隧道式血壓機擇一補助）。
2	椅子	張	1	500	5	
3	棋具	批	1	1,000	3	
4	體重計	臺	1	1,000	5	
5	電話機	臺	1	1,000	5	
6	辦公椅	張	1	1,200	5	
7	電腦桌	張	1	1,500	5	
8	電風扇	臺	1	1,500	5	
9	會議椅	張	1	2,000	5	
10	額溫槍、耳溫槍	個	1	2,000	2	
11	體脂計	臺	1	2,000	5	
12	餐具	組	1	2,000	5	
13	血壓計	臺	1	2,500	2	
14	開飲機	臺	1	2,500	3	
15	手提音響	臺	1	2,500	5	
16	DVD 光碟機	臺	1	2,500	5	
17	公文櫃	架	1	2,800	10	
18	桌遊	套	1	3,000	3	
19	長條桌、辦公桌	張	1	3,000	5	
20	烤箱、氣炸鍋	臺	1	3,500	5	
21	吸塵器	臺	1	3,500	5	
22	鍋具	組	1	3,500	5	
23	輪椅	臺	1	3,700	8	
24	茶車組	組	1	4,000	5	
25	槌球設備組	組	1	4,000	5	
26	休閒桌椅組	組	1	4,000	5	
27	投影幕	個	1	4,000	8	
28	瓦斯爐	個	1	5,000	3	
29	咖啡機	臺	1	5,000	4	
30	印表機	臺	1	5,000	5	

一、補助項目：開辦設施設備費、充實設施設備費

單位：元

項次	補助內容	單位	數量	補助上限	使用年限	注意事項
31	傳真機	臺	1	5,000	5	1. 單價皆為補助上限。 2. 請依照據點實際需求編列，若本年度補助經費用罄後，不再補助設施設備費；並且設備費以開辦設施設備費優先補助。 3. 若執行期間計畫內容有特殊原因須調整或補助經費項目變動時，應先敘明理由函報並經核准後方可辦理。
32	多功能事務機	臺	1	6,000	5	
33	電鍋	個	1	6,000	5	
34	抽油煙機	臺	1	6,000	5	
35	會議桌	張	1	6,200	5	
36	餐車	臺	1	8,000	5	
37	數位相機	臺	1	8,000	8	
38	隧道式血壓機	臺	1	8,500	2	
39	健身車	臺	1	9,000	5	
40	投影機	臺	1	10,000	8	
41	擴大音響機	組	1	15,000	5	
42	直立式飲水機	臺	1	16,000	3	
43	跑步機	臺	1	18,000	5	
44	電視機	臺	1	18,000	6	
45	電冰箱	臺	1	20,000	4	
46	冷氣機	臺	1	20,000	9	
47	電腦(筆電或桌電擇一)	臺	1	20,000	4	
48	歡唱設備組	組	1	20,000	10	
以下為簡易之無障礙設施設備項目(請附上輔具評估人員出具評估報告書)						
49	無障礙扶手	公分	10	150	10	(1)申請公共活動空間簡易設備(如扶手、斜坡板等)改善之單位需檢附報價單。 (2)相關廠商請參考附表四。
50	無障礙扶手(可動式)	組	1	3,600	10	
51	非固定式斜坡板 A 款	組	1	3,500	10	
52	非固定式斜坡板 B 款	組	1	5,000	10	
53	架高式和式地板拆除	式	1	5,000	10	
54	架高式和式地板拆除	式	1	5,000	10	

一、補助項目：開辦設施設備費、充實設施設備費

單位：元

55	無障礙設施改善-馬桶(新增改換、移除-含填補)	式	1	5,000	10	
56	無障礙設施改善-壁掛式沐浴椅	組	1	5,000	10	(1) 申請公共活動空間簡易設備(如扶手、斜坡板等)改善之單位需檢附報價單。 (2) 相關廠商請參考附表四。
57	防滑措施	式	1	3,000	10	
58	無障礙設施改善-門A款(A款與B款擇一補助)	式	1	7,000	10	
59	非固定式斜坡板C款	組	1	10.000	10	
60	固定式斜坡板	式	1		10	
61	無障礙設施改善-門B款(A款與B款擇一補助)	式	1		10	

備註：

1. 上述以外項目，需經本府審查認定符合本計畫實施內容之設備始予補助。
2. 設施設備費(開辦設備費/充實設備費)：優先補助開辦設施設備費，若本年度補助經費用罄後，不再補助設施設備費。
3. 優先補助未申請過衛生福利部C單位開辦費、充實設施設備費及社會局社區關懷據點、銀髮俱樂部開辦費之設備。**(惟該場地原已有設備不得再重複申請)**。
4. 衛生福利部之獎助內容依長照服務發展基金115年度一般性獎助經費申請、審查及財務處理暨獎助項目及基準、衛生福利部長期照顧服務申請及給付辦法，並參考衛生福利部社會及家庭署推展社會福利補助作業要點及衛生福利部社會及家庭署當年度推展社會福利補助項目及基準等相關規定辦理。

二、補助項目：業務費

單位：元

項次	補助內容	經費額度及說明
1	水費	
2	電費	
3	電話費(限補助執行本計畫至多補助 2 支門號)	
4	活動場地費(提供據點地址租約或收據佐證)	
5	網路費	
6	書報雜誌	
7	瓦斯費	
8	文具	
9	郵資	
10	文宣印刷費(大量印刷請提供樣本資料佐證)	
11	活動講座費及二代健保補充保費(請附佐證) (1)外聘：每小時鐘點費最高新臺幣 2,000 元。 (2)內聘：主辦或訓練機關(構)學校人員，每小時鐘點費最高新臺幣 1,000 元。授課時間至少每節 50 分鐘；連續上課 2 節者為 90 分鐘。未滿者費用應減半支給。	
12	有線電視裝機費	
13	收視費	
14	公共意外責任險(請按計畫核定月份申請)	
15	器材租金及租用器材維護費(限用於據點服務所租借之相關設施設備；若為場地維修、電梯維修、架設網站等，非屬器材維護費，不予補助)	
16	活動材料費(需提供購買明細)	
17	食材費及團膳費（限提供餐飲服務，每 1 人當餐餐食限平均最高新臺幣 100 元）	
18	臨時工資(限每週提供服務 6 個至 10 個時段之每月補助上限 5,000 元）	
19	交通費（限接送老人參與據點活動往返費用為限，項目含油料費、租車費用，核銷應檢具長者接送清冊、彙整使用公里數、油料費及租車費用證明）	
20	電腦伴唱機公開演出費及著作權-重置費	
21	攝影費	
22	茶水費	
23	運費	

二、補助項目：業務費

單位：元

志工相關費用

24	1. 志工保險費	（每人每年最高 1,000 元計）
	2. 志工背心費	（背心需印有單位全銜巷弄長照站及志工字樣：如為衣服（polo 衫）、圍裙等不予補助） （每人補助以 200 元為限、每二年僅得購買一次）
	3. 志工誤餐費	（每日每人午、晚餐以 100 元為限；核銷時請檢附志工服務出勤記錄(附件 18)及印領清冊(附件 31)）
	4. 志工交通費	（以從事外勤服務志工為限） （每人每日以 100 元為限，計程車資不予補助，核銷時請檢附印領清冊(附件 31)及檢具志工出勤紀錄表；農曆除夕、春節農曆正月初一至初三之志工交通費用，每人每日最高補助 200 元）

備註：

1. 衛生福利部之獎助內容依長照服務發展基金 115 年度一般性獎助經費申請、審查及財務處理暨獎助項目及基準，並參考衛生福利部社會及家庭署推展社會福利補助作業要點及衛生福利部社會及家庭署當年度推展社會福利補助項目及基準等相關規定辦理。

2. 請參照附件 45 志願服務隊備案申請須知，備文向新北市政府提出申請或使用現有運用單位之保健志工於核銷時檢附志願服務手冊，如未依據上開事項申辦志願服務隊或使用現有運用單位之志工，本府將保有經費最終審查權。

附錄 3、新北市醫事 C 單位巷弄長照站品質指標(113.11 修)

新北市政府衛生局 醫事 C 巷弄長照站品質管理指標

113 年 11 月修訂版

■訪視日期:____年____月____日(____年____次評核)

■醫事 C 名稱:

■據點服務區域:　　區　(服務時段:　　時段)

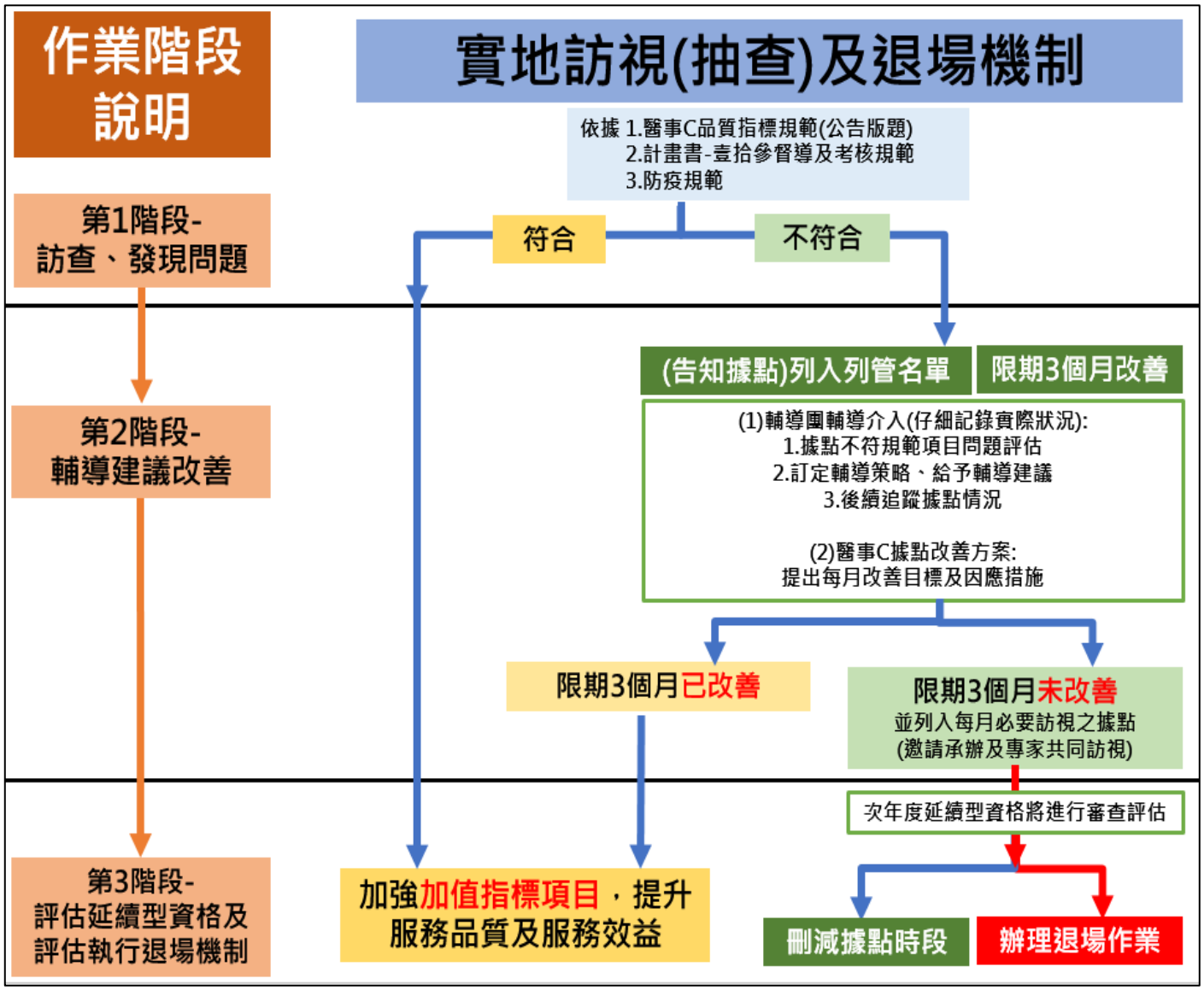
□自租或自有場地　□公有場地

是否補助志工費用?　□是 □否

品質管理指標評估共 38 題,分為:
(1)基本題(共 26 題,未完成將持續追蹤)
(2)加值題(共 12 題,總分 50 分)
得分 4 分:該項符合且表現傑出,可作為據點學習對象
得分 3 分:該項符合且表現優良,鼓勵據點持續精進
得分 2 分:該項符合,尚有進步空間
得分 1 分:該項部分符合,尚須努力提升該項分數
得分 0 分:該項未符合

構面	核心項目	品質管理指標	題型	評估依據	是否完成/加值題得分	辦理情形/輔導建議
基礎管理面(基本題 14 題,加值 5 題最高 20 分)	1.空間規劃與運用管理(基本題 3 題,加值題 1 題最高 4 分)	1.招牌放置於明顯處及服務時間清楚明瞭	基本題	實際空間	□是 □否	
		2.依長輩使用需求規劃出入動線及緊急處理流程		實際空間及佐證資料	□是 □否	
		3.公共活動空間有增進環境安全之簡易設備(扶手、無障礙設施設備等),活動場地應投保公共意外責任險		實際空間及保險證明	□是 □否	
		4.服務成果呈現於空間或整理存放(如:活動照片、長輩作品、服務成果等)	加值題	實際空間成果		
	2.人力資源運用管理(基本題 5 題,加值題 3 題最高 12 分)	1.招募志工及執行志工管理	基本題	招募相關資料	□是 □否	現有志工名單_____人
		2.為志工辦理保險		保險證明	□是 □否	
		3.定期召開志工會議(每年至少 1 次)		會議記錄	□是 □否	
		4.醫事 C 服務人員在職穩定(同一人在職服務 6 個月(含)以上)		相關資料佐證	□是 □否	
		5.醫事 C 服務人員有交接機制或新人訓練(宜備有工作手冊)		相關資料佐證	□是 □否	
		6.備有服務人力資源或備有志工資源或成立志工隊	加值題	相關資料佐證		
		7.能鼓勵及運用長輩擔任志工或志工擔任師資		名冊佐證、成果佐證 □長者志工 □志工師資		
		8.提供醫事 C 服務人員(含志工)參與外部培訓或內部教育訓練		參與課程佐證		
	3.行政作業配合情形(基本題 5 題)	1.確實回報及製作每月執行成果、各課程服務紀錄(包含資源轉介)等服務照片、服務名冊資料確實成冊存查	基本題	每月月報表成果	□是 □否	
		2.參與衛生局及輔導團辦理之活動課程(如聯繫會議、培力課程...等)		參與相關資料佐證	□是 □否	
		3.補助之設施設備應列冊管理,並僅於醫事 C 使用		財產清冊、非消耗品清冊	□是 □否	
		4.依醫事 C 收費標準收費(若預向非據點服務對象收費請明訂收費機制),收費機制應於課表註明並張貼於據點明顯處		相關資料佐證	□是 □否	
		5.禁止於醫事 C 中販售健康食品及進行醫療輔助行為		現場抽查	□是 □否	
	4.資源運用情形(基本題 1 題,加值題 1 題最高 4 分)	1.與社區在地長照相關單位資源連結 (如:照管分站、ABC 單位、共照中心或衛生所等)	基本題	資源清冊及相關佐證	□是 □否	
		2.與社區在地其他單位資源連結,並整合為據點特色(如:里長、私人團體等)	加值題	資源清冊及相關佐證		
服務執行面(基本題 12 題,加值題 7 題最高 30 分)	1.基本服務數量及課程規劃(基本題 10 題、加值題 5 題最高 22 分)	1.辦理電話問安或關懷訪視 2.辦理餐飲服務(每週至少一次) □2-5 個時段:每月至少達 15 人數。(偏遠地區:每月至少達 8 人數) □6-9 個時段:每月至少達 20 人數。(偏遠地區:每月至少達 10 人數) □10 個時段:每月至少達 25 人數。(偏遠地區:每月至少達 15 人數)	基本題	系統電話問安/關懷訪視 □電話問安 □關懷訪視 □偏區　系統餐飲服務刷卡 □共餐 □送餐; 辦理頻率:____次/週	□是 □否 □是 □否	每月達標:___人數___人次 每月達標:___人數___人次
		3.辦理健康促進課程,並依據當年度規定辦理 □2-5 個時段:每月至少達 15 人數及每月達 60 人次(偏遠地區:每月達 8 人數及每月達 30 人次) □6-9 個時段:每月至少達 20 人數及每月達 150 人次(偏遠地區:每月達 10 人數及每月達 80 人次) □10 個時段:每月至少達 25 人數及每月達 200 人次(偏遠地區:每月達 13 人數及每月達 100 人次)		□偏區 系統健康促進課程刷卡 每月達標:___人數;___人次	□是 □否	
		4.辦理健康促進課程,每季新增人數 □2-5 個時段:每季至少增加新個案 5 人數。(偏遠地區:每季至少增加新個案 3 人數。) □6-9 個時段:每季至少增加新個案 10 人數。(偏遠地區:每季至少增加新個案 5 人數。) □10 個時段:每季至少增加新個案 15 人數。(偏遠地區:每季至少增加新個案 6 人數。)	加值題	個案出席名單(每月或每季) 達標可得 2 分,每季新增超過各時段規範人數,每多 5 人多加 1 分,此題最高 6 分。		每季增加__人
		5.辦理預防及延緩失能課程每期實際出席平均人數不得低於 10 人	基本題	核定__期,系統平台刷卡__人	□是 □否	
		6.辦理預防延緩失能課程每期刷卡皆不同長輩參與課程		核定服務人數__人	□是 □否	
		7.**落實醫事 C 服務對象皆執行 ICOPE 評估**,倘評估結果符合衰弱老人定義,應優先安排長者加入預防及延緩失能課程		系統個案 ICOPE 評估紀錄 課程每期前後測及每堂刷卡	□是 □否	
		8.發揮醫事 C 特色,每月辦理醫事相關長者健康老化(如:醫療、健康、營養、運動、長照及活躍老化)課程		近 3 個月課表課程成果呈現	□是 □否	
		9.辦理長照宣導相關課程或活動及張貼長照宣導資訊(如:1966、長照四包錢、短照服務)		近 3 個月課表課程成果呈現	□是 □否	
		10.定期進行長輩課程滿意度調查、學習成效		滿意度調查	□是 □否	
		11.宣導巷弄喘息 GA07 服務,並建置連結資源轉介機制		服務成果紀錄	□是 □否	
		12.全時段提供 GA07 服務,且每季至少新增 1-2 位個案(全年度至少達 4 位不同個案數) (第一季____人、第二季____人、第三季____人、第四季____人)	加值題	個案服務紀錄、個案服務契約書 每季達標再累加 1 分,此題最高 4 分		
		13.課程安排多元,並依課程滿意度調查調整、規劃課程		近 3 個月課程表 滿意度調查調整課程相關資料		
		14.當年度至少服務 1 位具行動能力之失智、失能者(具長照等級者)		個案資料、診斷書 、個案系統刷卡		目前服務__人
		15.服務對象含精障個案或身心障礙者		個案簽到表或服務紀錄		
	2.服務宣導與招募情形(基本題 1 題,加值題 2 題最高 8 分)	1.製作醫事 C 宣傳單張(如課表)	基本題	相關宣導佐證資料	□是 □否	
		2.製作醫事 C 特色(含服務項目)之宣傳單張或成果手冊	加值題	相關宣導佐證資料		
		3.與社區單位/機構合作,如透過在地商家、社區看板或社群網站...等多元化行銷管道宣導醫事 C 服務,提高曝光度	加值題	服務成果紀錄 相關宣導招募佐證資料		
	3.個案及相關轉介機制(基本題 1 題)	服務過程中主動發掘特殊需求或需要提供協助之個案(如衰弱失能、弱勢)或家屬,建置連結資源轉介機制	基本題	服務成果紀錄 轉介服務紀錄	□是 □否	
據點受訪人員		訪視人員		總得分		
品質管理指標評估情形	1.上次訪視(__月__日)-□基本題 26 題完成____題,追蹤未達____題 □加值題 12 題總計最高 50 分,上次訪視_____分 2.本次訪視(__月__日)-□**基本題 26 題完成____題,追蹤未達____題 □加值題 12 題總計最高 50 分,本次訪視_____分** 3.據點特色: 4.訪視輔導建議: 5.專家建議:					

附錄 4、新北市醫事 C 單位巷弄長照站實地訪查及退場機制(111.11 修)



附件 1

新北市 115 年度社區整體照顧服務體系醫事 C 巷弄長照站計畫申請表

申請單位（據點全銜）			設立機構核准日期及文號		
申請單位地址			統一編號		
申請據點地址（含鄰里、樓層）	新北市○○區○○里○○路○○街○○巷○○號○樓				
機構負責人	○○○	職稱		電話	
專案聯絡人	○○○	職稱		電話	
E-mail（以 gmail 為主）					
辦理期程	115 年○月○日起至 115 年 12 月 31 日止				
申請補助來源	衛生福利部長照服務發展基金-社區整體照顧服務體系				
申請計畫總經費（單位：新臺幣元）（阿拉伯數字）	_____元，預計截至 115 年 11 月 30 日經費使用執行率為_____%				

申請單位聲明:
本次申請補助案件之申請書及所有檢附資料均據實填報，且未曾以同一計畫向貴府不同局處機關重複申請，如有虛偽，一經查獲，願無條件如數繳回補助款項，並負擔法律上一切責任。

申請單位負責人：　　（簽章）

中華民國　115 年　　月　　日（計畫申請日期）

機構用印

申請服務時段及預期效益

申請時段:○個時段
每週○至(及)週○　○○:○○-○○:○○
115 年度預計實際服務(ID 數):○○○人/年（男：○○人；女：○○人）

服務時段/服務人數	2-3 時段	4-5 時段	6-7 時段	8-9 時段	10 時段
20 人(含)以下	□第 1 級	□第 1 級	□第 1 級	□第 2 級	□第 2 級
21-30 人	□第 1 級	□第 1 級	□第 1 級	□第 2 級	□第 3 級
31-60 人	□第 1 級	□第 2 級	□第 2 級	□第 3 級	□第 3 級
61 人(含)以上	□第 1 級	□第 2 級	□第 3 級	□第 3 級	□第 3 級

※最終服務時段、經費級距依核定結果為主。

共餐服務：□自行備餐　□由配合店家供參
預防及延緩失能課程：○期/年、○○人(ID)/年
長照服務宣導：○場/年；○人/場

應檢附資料 （確實打勾）	□申請補助計畫書 □申請補助款聲明書 □據點場地空間規劃平面圖及照片 □據點場地使用同意書、租賃契約 □據點服務對象名冊 □據點志工名冊 □據點場地緊急處理流程 □據點場地公共意外責任險證明	□開業執照影本(醫事機構、單位開業證明) □長照服務機構設立許可影本 □申請單位存摺影本 □實名制切結書 □公職人員之關係人身分關係揭露表 □113年度符合延續辦理資格公文影本 （延續型據點提供） □其他相關證明
說明： 一、申請單位請於申請表第一頁適當位置用印。 二、申請計畫經費請勿加上自籌款項金額，僅填寫補助金額即可。 三、**預期效益請與計畫書內容一致。**		

附件 2

(申請單位全銜)

新北市 115 年度社區整體照顧服務體系醫事 C 巷弄長照站
申請補助計畫書

壹、基本資料

申請單位全銜	負責人姓名	地址
	（申請單位**負責人簽章**，並請**加蓋單位章**）	

貳、目的：

為落實長期照顧前端初期預防服務，希望透過由醫事單位或長照服務機構成立之醫事 C 巷弄長照站，為吸引更多服務單位共同投入並提供居住本市年滿 65 歲以上、長照需求長者及聘僱外籍看護工家庭參與，以支持其多元照顧需求就近獲得社會參與及增進照顧者生活品質，因地制宜建立在地化社區整體照顧模式，由在地人照顧在地人之原則，縮短失能、失智者及家屬獲得長照服務的等待時間，減輕家庭照顧負擔，促進長照、醫療和預防保健等社政、衛政資源，體系間串連與整合並強化區域內初級預防照顧服務。

主要服務的內容為透過關懷訪視或電話問安主動關心使民眾就近獲得社會參與的機會，並辦理健康促進課程活動、共餐服務及預防及延緩失能照護計畫等多元服務，讓長者有溫馨之居住環境，落實長者生活改善，且能增進長者人際互動機會，並能啟發敬老尊賢於社區之美德，以營造一健康、倫理的社區，落實福利社區化之理念。

參、指導單位：衛生福利部、新北市政府、新北市政府高齡長期照顧處

肆、執行單位：　　（醫事機構)/　　（長照服務機構）

本單位 115 年為□延續型據點□自　　年　　月　　日設置之據點

本單位 115 年為□新設置據點

伍、實施期程：115 年○月○日至○月○日(新設置據點請預估辦理起始日期)

陸、實施地點：

（一）醫事 C 巷弄長照站服務地址：（請寫據點地址）

（二）服務區域範圍：新北市○○區○○里及○○里

（三）據點總空間面積____平方公尺；實際活動空間面積____平方公尺

柒、應服務項目及辦理相關內容(服務規範詳情請參照計畫書規定，請自行編撰內容)：

<table>
<tr><th>應服務項目</th><th colspan="2">服 務 方 式(需敘明服務時段)</th></tr>
<tr><td>(一)關懷訪視或電話問安諮詢轉介服務</td><td colspan="2">服務項目：□關懷訪視 □電話問安(可擇一辦理)
服務頻率：_____次/週或 _____次/月
□星期一 □星期二 □星期三 □星期四 □星期五</td></tr>
<tr><td>(二)□共餐服務或
□送餐服務</td><td colspan="2">服務頻率(至少每週 1 次為佳)：
□星期一 □星期二 □星期三 □星期四 □星期五
服務時間：○○時至○○時</td></tr>
<tr><td>(三)健康促進活動</td><td colspan="2">1.服務頻率：_____次/週
□星期○ 上午○○時至○○時 / 下午○○時至○○時
□星期○ 上午○○時至○○時 / 下午○○時至○○時
2.連續 6 堂課程(建議每週 1 次為佳)
主題為:□預防吞嚥障礙 □足部護理 □慢性病自我健康管理
□認識肌少症 □認識失智症
辦理日期:○月○日至○月○日
預計邀請師資資格: __ex:○○醫院○○職能治療師__</td></tr>
<tr><td rowspan="2">(四)預防及延緩失能課程</td><td colspan="2">1 期 12 週，每週 1 次，每次 2 小時，1 年最多 3 期
3 期選用之方案不可重複，服務期間不可重疊。
不同期課程以不同長輩參與課程為準，每期開課人數至少達 10 人，每期實際出席平均人數不得低於 10 人(偏區實際出席人數可折半計算)，每期須辦滿每期 12 週課程。
如需轉介失智個案接受預防及延緩失能課程，請安排至少一期為認知促進模組。
延續型醫事 C 每年應至少辦理 2 期課程；倘為當年度新設置醫事 C 則應至少辦理 1 期課程。</td></tr>
<tr><td>第 1 期</td><td>方案編號：
課程名稱：
模組方案類型：
上課期程:○月○日至○月○日星期○
上課時間:上午○○時至○○時 / 下午○○時至○○時</td></tr>
</table>

	第 2 期	方案編號： 課程名稱： 模組方案類型： 上課期程:○月○日至○月○日星期○ 上課時間:上午○○時至○○時 / 下午○○時至○○時
	第 3 期	方案編號： 課程名稱： 模組方案類型： 上課期程:星期○，○月○日至○月○日 上課時間:上午○○時至○○時 / 下午○○時至○○時
	品質監控機制	1.開班管理方式： 2.課程品質管理方式： 3.緊急應變機制： 4.評估前後測管理方式： 4. 對方案及指導員服務品質回饋機制：
(五)長照宣導	預計辦理：_____場/年 辦理時間： ○月○日(主題:○○○;主講人:○○○;預計服務人數:○○) ○月○日(主題:○○○;主講人:○○○;預計服務人數:○○)	

(六至十項，請自行增減編撰內容)

(六)媒合現有衛生保健志工運用單位或成立運用單位、定期召開志工會議。

(七)社區或其他單位資源連結及轉介服務。

(八)規劃巷弄長照站收費原則(如有規劃請清楚明確規範並參照基準辦理)。

(九)規劃申請巷弄長照站喘息服務。

(十)其他服務。

玖、課程活動表：(每時段以 3 小時計算，請依貴據點預計時間**(請標出共餐時間)**或實際營運情形自行調整填列)

	週一	週二	週三	週四	週五	備註
08:30-09:00	自由時間:量血壓、菜園、讀報、散步、下棋					
09:00-12:00	A. B	A. B	1. B.	A. B.	A. B.	
12:00-12:10	餐前準備（洗手準備用餐、午間新聞）					
12:10-13:00	午餐					
13:00-16:00	A. B.	A. B.	A. B.	A. B.	A. B.	
16:10-	準備回家					

建議各服務時段方案提供服務課程類型：
(1)2-5時段每週至少2種類型。
(2)6-9時段每週至少3種類型。
(3)10時段每週至少4種類型。

課程類型：
1、語文。2、運動。3、藝術。4、科技資訊。5、音樂。6、醫藥保健衛教。 7、生活知識。8、社交聯誼(例：桌遊、卡拉ok)。9、表演藝術(例：歌仔戲)。10、膳食烘焙。11、園藝。12、其他(例：多元課程)。

壹拾、申請服務時段及服務人員(檢附據點內服務人力清冊及組織架構圖)：

□2-5 時段 □6-9 時段	本計畫承辦姓名：_____；連絡電話：_____
□10 時段	申請本計畫專職人員姓名：_____ (請檢附(附件 38)申請專職人員資格之相關佐證資料)。 **專職人員請假之備援人力：_____(職稱:　　)**

壹拾壹、志工人力來源(請與附件 9 志工名單相符)：

(一)現有志工_____人(男: ○人；女: ○人)，
　　已領志願服務紀錄冊_____人(男: ○人；女: ○人)。
(二)65 歲以上志工_____人(男: ○人；女: ○人)。
(三)預定開發志工_____人。

壹拾貳、補助經費概算表(無須填寫自籌經費)：

經費概算表

申請時段:○個時段，第○級

項目	單位	項目	單價	數量	合計	總計
業務費 (含志工相關費用)(A) (請以每月為單位編列)	月					業務費每月:_____元 辦理月份:115 年__月至__月共___月 補助_____元
		志工誤餐費				
專職人員費用(B)	月	專職人員薪資(含年終)		13.5		補助_____元
		雇主負擔費用	6,000	12		
預防及延緩失能費用(C)	期	預防及延緩失能照顧課程	36,000			補助_____元
失智症獎助費(D) (無預計申請則免填)	人		500			補助_____元 (每個據點最多 2 人，最高獎助 1,000 元)

類別(經常門)	項目	單位	數量	單價	合計	總計
開辦設施設備費 (單價未滿 1 萬元或使用年限未滿 2 年物品)(F)						補助_____元
充實設施設備費 (單價未滿 1 萬元或使用年限未滿 2 年物品)(G)						
類別(資本門)	**項目**	**單位**	**數量**	**單價**	**合計**	
開辦設施設備費 (單價 1 萬元以上)(F)						
充實設施設備費 (單價 1 萬元以上)(G)						
計畫總經費(A+B+C+D+E+F+G)						**總申請補助_____元**

備註：1.倘本年度該項獎助經費經費用罄後，將不再給予該項補助項目。2.請依據本計畫補助項目及基準，並以據點實際使用需求編列補助經費。 3.充實設施設備費：設置滿三年之單位，第四年開始方可開始編列。

附件 3

申請新北市政府高齡長期照顧處 補助款聲明書

申請單位(全銜)：			
計畫名稱：新北市 115 年度社區整體照顧服務體系醫事 C 巷弄長照站服務計畫			
計畫總經費：			
申請日期：中華民國 115 年　　月　　日(本欄應載明填寫申請日期而非活動日期)			
計畫案總經費	補助機關名稱	補助金額 (新台幣元)	佔計畫總經費 百分比(%)
	新北市政府高齡長期照顧處		100%
	合　　計	(本欄合計金額同計畫總經費)	100　%

本聲明書內容若有不實，或以同一計畫向新北市政府不同局處會重覆申領補助款逾計畫總經費者，一經查獲，願無條件如數繳回貴府高齡長期照顧處補助款。

此　　致

新北市政府長期照顧處

申請單位：(填具全銜並用大小印)

負責人：

會計：

出納：

聯絡地址：

聯絡電話：

請蓋關防/機構章

備註：

1. 本表適用範圍經直轄市、縣(市)政府合法立案之醫事機構、長照服務機構申請新北市政府補助款，於計畫陳報申請補助時一併檢附。
2. 本聲明書補助款來源請依新北市政府各機關單位及其他政府部門逐一填列，並請填列自籌款。
3. 接受本府高齡長期照顧處補助款執行單位如經查獲以同一計畫重覆申領新北市政府補助款逾計畫總經費者，自查獲日起，一年內不得再向本單位申領補助款；由本單位查獲後函知受補助單位，並副知新北市政府各機關單位錄案辦理。
4. 申請單位醫事機構、長照服務機構之名稱申請。

附件 4

房屋及土地提供醫事C巷弄長照站
使用同意書

場地提供人：○○○先生/女士所持有座落于**新北市○○區○○路○○號**房屋如附照片共約○○○平方公尺願以(舉例：無償)提供**新北市私立○○○單位**作為醫事C巷弄長照站據點使用，辦理巷弄長照站提供照顧關懷及長輩公益等相關服務活動，**使用期間自民國○○○年○月○日起至民國○○○年○月○日止，計○年。**

電費及電話費名稱為○○○女士、傳真電話名稱為○○○先生、電費水費名稱為○○○先生為原則，特此立書為憑。

場地提供人：○○○女士　簽章

（□二房東，另行提供原屋主使用同意或切結等相關文件）

據點單位名稱：(單位全銜)

據點單位負責人：○○○　簽章

請蓋關防/機構章

中華民國　　年　　月　　日

附件 5

醫事C場地空間規劃平面圖

1.全據點空間 ：_____平方公尺

2.實際活動空間:_____平方公尺(=實際活動空間平方公尺扣除固定設施設備面積)

3.預計據點場地最大容納人數為:_____人

（約可安排服務對象___人、服務人員____人、志工___人、講師___人）

※請清楚標明各區域空間(實際活動區域、據點出入口、辦公室、廚房、廁所、樓梯、電梯)、各區域空間面積及各設施設備長寬距離

場地照片(照片請印彩色，空間照片請自行斟酌加減)
建物外觀
場地出入口(含無障礙出入口)

場地照片(照片請印彩色，空間照片請自行斟酌加減)
實際辦理課程活動空間
據點場地內部 1

場地照片(照片請印彩色，空間照片請自行斟酌加減)
據點場地內部 2
據點場地內部 3

場地照片(照片請印彩色，空間照片請自行斟酌加減)
階梯(電梯)
廁所入口

場地照片(照片請印彩色，空間照片請自行斟酌加減)
廁所空間
廁所馬桶

場地照片(照片請印彩色，空間照片請自行斟酌添加)
簡易廚房
消防及逃生設備(應含1.火警自動警報器、2.緊急照明裝置及3.滅火器)

醫事C場域設置基本需求表

單位全銜：		
地址:		
區域里別:		時段:
審查項目		自審結果
1.應緊急處理流程	應提供資料(含遇地震、火警相關緊急逃生流程及路線)	□符合 □不符合
2.應投保意外責任險	1.應提供投保資料 2.租賃場地應檢附租賃契約	□符合 □不符合
3.需求樓層(地上樓層)	不得設於地下樓層，3樓以下為佳，但不限樓層	□符合 □不符合
4.空間面積及其他需求及限制	1.實際據點活動空間： □面積45平方公尺以上 □(原民及偏遠地區至少20平方公尺以上) 全據點空間:_____平方公尺 實際據點活動空間: _____平方公尺 預計據點場地最大容納人數為:_____人	□符合 □不符合
	2.空間完整獨立專用及廁所，可與其他單位空間區隔	□符合 □不符合
	3.若需辦理喘息服務，服務對象每人(實際活動空間)應有至少 3 平方公尺以上活動空間(如外展式服務單位不含辦公區域做計算)	□符合 □不符合
5.疫情期間防疫需求(容留人數)	實際據點活動空間容留人數(平方公尺/2.25)：_____人	□符合 □不符合
6.高齡友善及無障礙設備	1.醫事 C 門口及廁所需設置無障礙出入口(如無障礙坡道)為佳	□符合 □不符合
	2.廁所應備有防滑措施(防滑條或防滑地板)、扶手等設備為佳	□符合 □不符合
	3.若辦理服務場域為二樓以上者，應備有電梯	□符合 □不符合
7.備餐空間	應設有簡易廚房或備餐區域	□符合 □不符合
8.消防及逃生設備	應備有滅火器、火警自動警報器、緊急照明裝置 (如配置滅火器兩具以上，分別固定放置於取用方便之明顯處；有樓層建築物者，每層應至少配置一具以上)	□符合 □不符合

附件 6

配合實名制切結書

本單位　　(單位名稱全銜)接受貴府獎助辦理巷弄長照站，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
新北市政府

申請機構(單位)：　　（請蓋大小章）
負責人：

中華民國　　年　　月　　日

公職人員之關係人身分關係揭露表

附件 7

（公職人員利益衝突迴避法第 14 條第 2 項 :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。）

請勾選身分(請詳閱填表說明)

表 1：

參與補助案件名稱：**新北市115年度社區整體照顧服務體系醫事C巷弄長照站服務計畫**	案號：　　（無案號者免填）
□申請人非利衝法關係人(勾選後請於表單末簽名)	
□申請人為利衝法關係人(請填下列資料後簽名)	

表 2：

公職人員姓名：＿＿＿＿＿＿服務機關團體：＿＿＿＿＿＿＿＿職稱：

關係人（自然人）姓名

關係人（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		
□第1款	公職人員之配偶或共同生活之家屬		
□第2款	公職人員之二親等以內親屬	稱謂：	
□第3款	公職人員或其配偶信託財產之受託人	受託人名稱：	
□第4款 （請填寫 abc 欄位）	a.請勾選關係人係屬下列何者： □營利事業 □非營利法人 □非法人團體	b.請勾選係以下何者擔任職務： □公職人員本人 □公職人員之配偶或共同生活之家屬。姓名： □公職人員二親等以內親屬。 親屬稱謂： （填寫稱謂例如：兒媳、女婿、兄嫂、弟媳、連襟、妯娌） 姓名：	c.請勾選擔任職務名稱： □負責人 □董事 □獨立董事 □監察人 □經理人 □相類似職務：理事
□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：	
□第6款	各級民意代表之助理	助理之服務機關：＿＿＿＿職稱：	

負責人簽名或蓋章(請蓋大小章)：

（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）

填表日期：115 年　　月　　日

此致機關：新北市政府高齡及長期照顧處

※填表說明：

1.申請人請聲明是否為利衝法所定公職人員之關係人，並於□打勾。若否，請於表末簽章後連同補助文件一併交付補助機關。

2.如係關係人，請填寫表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。

3.公職人員之關係人請於簽名欄位簽名或蓋章，並填寫填表日期，交付補助機關。

※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。

醫事C巷弄長照站長者服務名冊

附件 8

據點服務名冊現有長輩共_____人（男____人，女____人）。

編號	姓名	性別	出生年月日	聯絡地址	聯絡電話
1		□男□女			
2		□男□女			
3		□男□女			
4		□男□女			
5		□男□女			
6		□男□女			
7		□男□女			
8		□男□女			
9		□男□女			
10		□男□女			
11		□男□女			
12		□男□女			
13		□男□女			
14		□男□女			
15		□男□女			
16		□男□女			
17		□男□女			
18		□男□女			
19		□男□女			
20		□男□女			
21		□男□女			
22		□男□女			
23		□男□女			
24		□男□女			
25		□男□女			
26		□男□女			
27		□男□女			
28		□男□女			
29		□男□女			
30		□男□女			

附件 9

醫事C巷弄長照站志工名冊

現有志工_____人（男____人，女____人），已領志願服務紀錄冊_____人（男____人，女__

__人），已領投保志工保險_____人，已領榮譽卡_____人（男____人，女____人）。

編號	姓名	身分證統一編號(志工保險用)	出生年月日	年齡	聯絡電話	聯絡地址	志工相關
1				□65 歲以上 □64 歲以下			□服務手冊 □志工保險 □榮譽卡
2				□65 歲以上 □64 歲以下			□服務手冊 □志工保險 □榮譽卡
3				□65 歲以上 □64 歲以下			□服務手冊 □志工保險 □榮譽卡
4				□65 歲以上 □64 歲以下			□服務手冊 □志工保險 □榮譽卡
5				□65 歲以上 □64 歲以下			□服務手冊 □志工保險 □榮譽卡
6				□65 歲以上 □64 歲以下			□服務手冊 □志工保險 □榮譽卡
7				□65 歲以上 □64 歲以下			□服務手冊 □志工保險 □榮譽卡
8				□65 歲以上 □64 歲以下			□服務手冊 □志工保險 □榮譽卡
9				□65 歲以上 □64 歲以下			□服務手冊 □志工保險 □榮譽卡
10				□65 歲以上 □64 歲以下			□服務手冊 □志工保險 □榮譽卡
11				□65 歲以上 □64 歲以下			□服務手冊 □志工保險 □榮譽卡
12				□65 歲以上 □64 歲以下			□服務手冊 □志工保險 □榮譽卡
13				□65 歲以上 □64 歲以下			□服務手冊 □志工保險 □榮譽卡
14				□65 歲以上 □64 歲以下			□服務手冊 □志工保險 □榮譽卡
15				□65 歲以上 □64 歲以下			□服務手冊 □志工保險 □榮譽卡

※以目前單位志工資料填列，未完訓之志工請協助參加培訓。

社區長者需求調查（參考格式）

附件 10

(據點工作人員可參考(協助長輩填妥)下表瞭解社區長輩需求概況；

若有較隱私部分長輩不方便提供則不需強求。)

需求調查表

姓名		性別		生日	年 月 日 歲
中/低收入戶	□是 □否	識字	□是 □否	居住情形	□獨居 □與家人同住
住址			電話		
語言	□台□國□客□原住民		婚姻	□已婚□未婚□離婚□喪偶	
健康狀況	意識清楚：□是□否		視力：□清楚 □有點老花 □很模糊		
	說話清楚：□是□否		聽力：□清楚 □有點重聽 □重聽		
	協助行動：□是□否		進食：□獨立 □需餵食		
	服藥情形：□否□是		自我照顧：□沒問題□部份依賴□完全依賴		
聯絡人		關係		電話	

對成立醫事C巷弄長照站的看法（若有另外想法請加描述）

一、如果成立○○醫事C巷弄長照站，您贊成嗎？□1.贊成 □2.不贊成：

二、是否喜歡與其他老人一起聊天、活動？□1.是 □2.否

三、每天在家中生活情形？□1.忙碌 □2.熱鬧 □3.無聊 □4.孤寂

四、在家裡如何吃中餐？ □1.家人預備 □2.自己煮 □3.外食 □4.其他(說明：)

五、您可以自行前往活動地點嗎？□1.可以□2.需家人親友載往□3.需志工協助

六、您喜歡的活動：□1.開講 □2.唱卡拉OK □3.唱歌 □5.剪紙 □6.拉弦仔 □7.書法
□8.團體遊戲、競賽 □9.拋球 □10.其他：_____

七、您個人會的才藝有：_____，若有，您願意在醫事C將您會的才藝分享出來嗎？
□1.一定會 □ 2.不一定 □ 3.不會

八、如果課程需繳交活動材料費、餐費，您認為每個月多少錢可接受? _____元

九、您本人會來參加醫事C巷弄長照站的活動嗎？□1.會 □2.不會,原因：

醫事C巷弄長照站個案資料表

附件 11

編號：　　(據點工作人員可協助長輩填妥，若有較隱私部分長輩不方便提供則不需強求。)

<table>
<tr><td colspan="6">基　本　資　料</td></tr>
<tr><td>姓　　名</td><td></td><td>性別</td><td>□男 □女</td><td rowspan="2">使用語言</td><td rowspan="2">□ 國語 □台語
□ 客語 □其它</td></tr>
<tr><td>電　　話</td><td></td><td>生日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>身分證字號</td><td></td><td>信仰</td><td></td><td>個案來源</td><td></td></tr>
<tr><td>教育程度</td><td></td><td>興趣
專長</td><td></td><td>過去從事
何　　職</td><td></td></tr>
<tr><td>現住地址</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>住屋狀況</td><td colspan="5">□自有住宅 □租賃 □借住 □臨時住屋</td></tr>
<tr><td>身 分 別</td><td colspan="5">□低收入戶 □中低收入戶 □一般戶老人 □獨居老人
□身心障礙者（輕、中、重、極重度） □其他</td></tr>
<tr><td>經濟來源</td><td colspan="5">□無 □子女奉養□政府補助 □其他</td></tr>
<tr><td>身體狀況</td><td colspan="5">□健康□眼部疾病□腎臟疾病 □心臟病□糖尿病 □骨與關節疾病
□ 老 化 □ 肝 臟 疾 病 □ 肺 部 疾 病 □ 高 血 壓 □ 腸 胃 疾 病 □ 其 他 :
_____</td></tr>
<tr><td>活動型態</td><td colspan="5">□完全自理 □部分自理 □完全無法自理</td></tr>
<tr><td>輔助器材</td><td colspan="5">□無 □助聽器 □輪椅 □助行器□枴杖 □其他</td></tr>
<tr><td>婚姻狀況</td><td colspan="5">□未婚□已婚 □離婚 □喪偶 □分居</td></tr>
<tr><td>聯 絡 人</td><td></td><td>關係</td><td></td><td>聯絡電話</td><td></td></tr>
<tr><td>地　　址</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>家庭狀況</td><td colspan="5">□夫妻同住 □女兒 人 □兒子 人□子女居住外地
□其他共同居住 人，關係 □獨居</td></tr>
<tr><td colspan="3">家 庭 圖</td><td colspan="3">主觀問題陳述及希望提供的服務</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td colspan="3">□ 關懷問安 □電話問安
□ 餐飲服務
□ 健康促進活動
□ 預防及延緩失能照護服務
□ 其他</td></tr>
<tr><td colspan="6">補充陳述（訪視員）</td></tr>
<tr><td colspan="6">填表人：　　民國　　年　　月　　日</td></tr>
</table>

醫事C巷弄長照站關懷訪視紀錄表

附件 12

基本資料						
	姓　　名		出　生	民國（前） 年　月　日	性　　別	□男 □女
	身分證統一編號		電　話	（　）	健　　保	□有 □無
	身　份　別	□低收入戶　□中低收入戶　□一般戶老人　□獨居老人 □身心障礙者（輕、中、重、極重度）　□其他				
	常用語言	□國語 □台語 □客語 □其他				
	婚姻狀況	□已婚 □未婚 □離婚 □喪偶 □分居 □其他				
	同　住　者	□否　□是，共　人（　）				
	現住地址					
	緊急聯絡人	姓名：　電話： 關係：	可連絡之家屬	姓名：　電話： 關係：		
	住宅情形	□平房　□二樓以上透天住家　□公寓				

關懷訪視	時　間	居家環境	健康狀況	就　醫　情　形	提　供　服　務	訪視者簽名
	月　日 時　分	□整潔乾淨 □零亂 □骯髒 □其他____	□感冒症狀 □健康 □其他____	□就醫頻率____天一次 □診所 _____ □就醫原因_____ □其他_____	□陪同聊天 □量血壓 □整理居家環境 □其他_____	
	月　日 時　分	□整潔乾淨 □零亂 □骯髒 □其他____	□感冒症狀 □健康 □其他____	□就醫頻率____天一次 □診所 _____ □就醫原因_____ □其他_____	□陪同聊天 □量血壓 □整理居家環境 □其他_____	
	月　日 時　分	□整潔乾淨 □零亂 □骯髒 □其他____	□感冒症狀 □健康 □其他____	□就醫頻率____天一次 □診所 _____ □就醫原因_____ □其他_____	□陪同聊天 □量血壓 □整理居家環境 □其他_____	
	月　日 時　分	□整潔乾淨 □零亂 □骯髒 □其他____	□感冒症狀 □健康 □其他____	□就醫頻率____天一次 □診所 _____ □就醫原因_____ □其他_____	□陪同聊天 □量血壓 □整理居家環境 □其他_____	
	月　日 時　分	□整潔乾淨 □零亂 □骯髒 □其他____	□感冒症狀 □健康 □其他____	□就醫頻率____天一次 □診所 _____ □就醫原因_____ □其他_____	□陪同聊天 □量血壓 □整理居家環境 □其他_____	

附件 13

醫事C巷弄長照站電話問安紀錄表

_____年_____月電話問安紀錄表

個案案號:_____案主姓名:_____案主性別: □男 □女

故有疾病:_____

請於 □中勾選符合今日電話問安結果最適合的描述選項，可複選。

時間	接聽情形	口頭表達	健康情況	生活狀況	親友互動	精神狀況	總評	服務人員
日 時時 分分 共__分	□親自接聽 □親友接聽 □無人接聽 □電話故障 □_____	□表達清晰 □表達尚可 □口語不清 □無法表達 □_____	□健康良好 □稍有病痛 □按時用藥 □定期門診 □_____	□三餐定時 □餐不定時 □參與活動 □極少外出 □_____	□常有互動 □偶有互動 □很少互動 □從不互動 □_____	□精神愉快 □尚可 □精神不佳 □輕生念頭 □_____	□好 □尚可 □不好 □____	
日 時時 分分 共__分	□親自接聽 □親友接聽 □無人接聽 □電話故障 □_____	□表達清晰 □表達尚可 □口語不清 □無法表達 □_____	□健康良好 □稍有病痛 □按時用藥 □定期門診 □_____	□三餐定時 □餐不定時 □參與活動 □極少外出 □_____	□常有互動 □偶有互動 □很少互動 □從不互動 □_____	□精神愉快 □尚可 □精神不佳 □輕生念頭 □_____	□好 □尚可 □不好 □ _____	
日 時時 分分 共__分	□親自接聽 □親友接聽 □無人接聽 □電話故障 □_____	□表達清晰 □表達尚可 □口語不清 □無法表達 □_____	□健康良好 □稍有病痛 □按時用藥 □定期門診 □_____	□三餐定時 □餐不定時 □參與活動 □極少外出 □_____	□常有互動 □偶有互動 □很少互動 □從不互動 □_____	□精神愉快 □尚可 □精神不佳 □輕生念頭 □_____	□好 □尚可 □不好 □ _____	
日 時時 分分 共__分	□親自接聽 □親友接聽 □無人接聽 □電話故障 □_____	□表達清晰 □表達尚可 □口語不清 □無法表達 □_____	□健康良好 □稍有病痛 □按時用藥 □定期門診 □_____	□三餐定時 □餐不定時 □參與活動 □極少外出 □_____	□常有互動 □偶有互動 □很少互動 □從不互動 □_____	□精神愉快 □尚可 □精神不佳 □輕生念頭 □_____	□好 □尚可 □不好 □ _____	
日 時時 分分 共__分	□親自接聽 □親友接聽 □無人接聽 □電話故障 □_____	□表達清晰 □表達尚可 □口語不清 □無法表達 □_____	□健康良好 □稍有病痛 □按時用藥 □定期門診 □_____	□三餐定時 □餐不定時 □參與活動 □極少外出 □_____	□常有互動 □偶有互動 □很少互動 □從不互動 □_____	□精神愉快 □尚可 □精神不佳 □輕生念頭 □_____	□好 □尚可 □不好 □ _____	
合計	共_____次;_____小時_____分							

附件 14

（單位名稱）醫事C巷弄長照站體溫及血壓每日登記表

年月份：＿＿＿＿＿姓名：＿＿＿＿＿＿＿電話：＿＿＿＿＿＿＿

住址：

日期	體溫/脈搏	接送需求	血壓檢測值	(14天內)COVID-19 建議注意事項
	℃	□是，上午 □是，下午	□正常 (120/80mmHg以下) □高血壓前期 (120/80-135/85mmHg以下) □高血壓危險群 (135/85mmHg以上)	□有出國史 □無出國史 □有上呼吸道症狀或發燒 □無上呼吸道症狀或發燒
	℃	□是，上午 □是，下午	□正常 (120/80mmHg以下) □高血壓前期 (120/80-135/85mmHg以下) □高血壓危險群 (135/85mmHg以上)	□有出國史 □無出國史 □有上呼吸道症狀或發燒 □無上呼吸道症狀或發燒
	℃	□是，上午 □是，下午	□正常 (120/80mmHg以下) □高血壓前期 (120/80-135/85mmHg以下) □高血壓危險群 (135/85mmHg以上)	□有出國史 □無出國史 □有上呼吸道症狀或發燒 □無上呼吸道症狀或發燒
	℃	□是，上午 □是，下午	□正常 (120/80mmHg以下) □高血壓前期 (120/80-135/85mmHg以下) □高血壓危險群 (135/85mmHg以上)	□有出國史 □無出國史 □有上呼吸道症狀或發燒 □無上呼吸道症狀或發燒
	℃	□是，上午 □是，下午	□正常 (120/80mmHg以下) □高血壓前期 (120/80-135/85mmHg以下) □高血壓危險群 (135/85mmHg以上)	□有出國史 □無出國史 □有上呼吸道症狀或發燒 □無上呼吸道症狀或發燒
	℃	□是，上午 □是，下午	□正常 (120/80mmHg以下) □高血壓前期 (120/80-135/85mmHg以下) □高血壓危險群 (135/85mmHg以上)	□有出國史 □無出國史 □有上呼吸道症狀或發燒 □無上呼吸道症狀或發燒
	℃	□是，上午 □是，下午	□正常 (120/80mmHg以下) □高血壓前期 (120/80-135/85mmHg以下) □高血壓危險群 (135/85mmHg以上)	□有出國史 □無出國史 □有上呼吸道症狀或發燒 □無上呼吸道症狀或發燒
	℃	□是，上午 □是，下午	□正常 (120/80mmHg以下) □高血壓前期 (120/80-135/85mmHg以下) □高血壓危險群 (135/85mmHg以上)	□有出國史 □無出國史 □有上呼吸道症狀或發燒 □無上呼吸道症狀或發燒
	℃	□是，上午 □是，下午	□正常 (120/80mmHg以下) □高血壓前期 (120/80-135/85mmHg以下) □高血壓危險群 (135/85mmHg以上)	□有出國史 □無出國史 □有上呼吸道症狀或發燒 □無上呼吸道症狀或發燒

附件 15

活動名稱(預防延緩失能、講座)/簽到表

活動日期/時間：＿＿＿＿＿＿　　講師姓名：＿＿＿＿＿＿

課程名稱：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

活動地點：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

項次	學員姓名	服務項目	項次	學員姓名	服務項目
1		□健康促進 □共餐服務 □預防延緩	13		□健康促進 □共餐服務 □預防延緩
2		□健康促進 □共餐服務 □預防延緩	14		□健康促進 □共餐服務 □預防延緩
3		□健康促進 □共餐服務 □預防延緩	15		□健康促進 □共餐服務 □預防延緩
4		□健康促進 □共餐服務 □預防延緩	16		□健康促進 □共餐服務 □預防延緩
5		□健康促進 □共餐服務 □預防延緩	17		□健康促進 □共餐服務 □預防延緩
6		□健康促進 □共餐服務 □預防延緩	18		□健康促進 □共餐服務 □預防延緩
7		□健康促進 □共餐服務 □預防延緩	19		□健康促進 □共餐服務 □預防延緩
8		□健康促進 □共餐服務 □預防延緩	20		□健康促進 □共餐服務 □預防延緩
9		□健康促進 □共餐服務 □預防延緩	21		□健康促進 □共餐服務 □預防延緩
10		□健康促進 □共餐服務 □預防延緩	22		□健康促進 □共餐服務 □預防延緩
11		□健康促進 □共餐服務 □預防延緩	23		□健康促進 □共餐服務 □預防延緩
12		□健康促進 □共餐服務 □預防延緩	24		□健康促進 □共餐服務 □預防延緩

統計：健康促進：　　人次/　　人數，共餐服務：　　人次/　　人數。
　　預防延緩：　　人次/　　人數，各項總計：　　人次/　　人數。

附件 16

醫事 C 課程/講座活動設計表

單位：　　設計人：

主題：	
活動類別	□靜態活動　　□動態活動
活動目的	
活動時間	○年○月○日(備註：如重複課程於此欄位列上課日期)
活動帶領	
活動場地	
用物預備	
步　　驟	

備註：每場確實填寫並留存資料

附件 17

會議紀錄(範例)

一、 時間： 年 月 日 上〔下〕午 時 分

二、地點：

三、主席： 紀錄：

四、列席人員：

五、出席人員：

六、主要問題與處理情形

七、會議結論：

七、散會：同日 時 分

附件 18

（單位名）醫事C巷弄長照站　年　月志工/臨時人力出勤紀錄表

服務員（志工）/(臨時人力)姓名：　　紀錄表編號：

月/日	上午				下午				工　作　日　誌 （志工填寫如訪視、送餐、電訪或值班、臨時人力填寫計畫相關工作內容。）
	簽到時間	簽　名	簽退時間	簽　名	簽到時間	簽　名	簽退時間	簽　名	

醫事C巷弄長照站長者狀況評估問卷

附件 19

○○阿公/阿嬤(或爺爺/奶奶)您好：

為了瞭解您參加醫事C巷弄長照站的情形，聽聽您的感想與建議，以做為我們未來規劃服務的參考，請您撥一點時間，幫助我們填寫問卷。您的資料，將僅作為評估關懷站服務情形之參考，請放心填答。

基本資料

受訪者：　　年齡：　　歲(民國　　年出生)　　性別：□男□女

婚姻情形：□未婚 □已婚 □鰥寡 □分居□離婚 □其他: _____

教育程度：□不識字□自修□國小□國中□高中職□專科□大學□研究所以上

居住情形：□獨居□與家人同住 □其他: _____

您多久來關懷站一次? □一週3次以上 □一週1次□二週1次 □一個月1次

問卷內容

一、參加醫事C巷弄長照站辦理的活動之後，精神是否較好? □是 □否

二、定期檢測血壓、體溫、體重，是否對您有幫助? □是 □否

三、您來醫事C巷弄長照站之後，經常參與的活動有哪些(可複選)?

□使用運動器材 □唱歌(卡拉OK) □下棋 □讀書報 □聊天

□泡茶 □聽音樂 □幫忙關懷站的工作 □其他:_____

四、您來醫事C巷弄長照站之後，是否學到新東西(複選)?

□音樂 □製作手工藝品 □才藝(如唱歌、跳舞、彈奏樂器、書法等)

□健康知識的獲得 □知識性學習(如學英文、電腦等) □其他: _____

五、您參加醫事C巷弄長照站的活動後，是否有多結交一些朋友? □是 □否

六、您參加醫事C巷弄長照站的活動後，心情是否改變?□變好 □普通□變差

七、您對醫事C巷弄長照站的「場地規劃與設備提供」情形是否滿意?

□很滿意□滿意□沒意見□不滿意□很不滿意

八、您對醫事C巷弄長照站的「志工的服務態度」情形是否滿意?

□很滿意□滿意□沒意見□不滿意□很不滿意

九、您對醫事C巷弄長照站所辦理的「健康促進活動」是否滿意?

□很滿意□滿意□沒意見□不滿意□很不滿意

十、您對醫事C巷弄長照站所辦理的「餐飲服務」情形是否滿意?

□很滿意□滿意□沒意見□不滿意□很不滿意

十一、整體而言，您是否喜歡到醫事C巷弄長照站活動?

□喜歡□普遍□不喜歡，原因：_____

十二、您覺得這裡所辦理的活動是否適合您，您有什麼建議?

十三、您參加醫事C巷弄長照站的活動之後，對您生活有什麼影響(改變)?

_____

附件 20

新北市醫事C巷弄長照站場地變更申請表

申請單位		立案核准機關 日期文號	
機構地址		統一編號	
巷弄長照站變更前地址(含鄰里)	新北市○○區○○里＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿○樓		
巷弄長照站變更後地址(含鄰里)	新北市○○區○○里＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿○樓		
醫事C巷弄長照站地址變更原因			

申請單位聲明:

本次申請地址變更案件之申請書及所有檢附資料均據實填報，如有虛偽，一經查獲，願負擔法律上一切責任。

申請單位負責人：　　（簽章）

中華民國　　年　　月　　日

關防或機構章

應檢附資料	□場地使用同意書 □場地租約 □場地空間規劃平面圖(可參照附件5) □場地空間照片(可參照附件5) □場域設置基本需求表(可參照附件5) □經直轄市、縣(市)政府合法立案之醫事機構、長照服務機構立案或開業證書影本
備註	**1.場地變更僅限同行政區域變動，不得跨區遷移地點，並以未設置C單位之里別為優先。** 2.請確實檢附場地變更申請表及檢附相關資料辦理變更場域申請。

附件 21

新北市 115 年度醫事 C 巷弄長照站執行成果月報表

醫事 C 辦理單位：(請寫申請全銜/區域里別)

填報月份：115 年____月　　核定辦理時段:_____個時段，第___級(服務人數:____人)

填報人：_____

項目	人數（男）	人數（女）	人次（男）	人次（女）	場次（月）	本月實際服務個案數(ID)		
1.關懷訪視						男	女	共計
電話問安諮詢轉介								
2.集中用餐								
送餐服務								
3.健康促進活動								
4.預防及延緩失能課程						已辦理第_____期第____堂 目前實際服務共_____位長輩		
累積服務數								
巷弄喘息實際服務個案數(ID)								
失智者實際服務個案數(ID)								
精障者實際服務個案數(ID)								
身障者實際服務個案數(ID)								
其他單位轉介至據點人數								
醫事 C 轉介長期照管中心或其他單位								
據點志工名冊人數								

請蓋關防/機構章

附件 22

115 年___月成果活動照片

時間		**服務項目**	Ex:健康促進課程	**地點**	
圖說					
照片					
時間		**服務項目**	Ex:延緩失能課程	**地點**	
圖說					
照片					

備註：

1. 格式：A4 直式橫書、標楷體14
2. 照片：當月照片每格 2 張，共至少 10 張。

附件 23

新北市 115 年度社區整體照顧服務體系醫事 C 巷弄長照站服務計畫-期末活動成果報告表

<table>
<tr><td>醫事 C 名稱</td><td colspan="2"></td><td>辦理時段</td><td></td><td>聯絡人/電話</td><td></td></tr>
<tr><td>辦理時間</td><td colspan="6">自 115 年○月○日至 115 年 12 月 31 日</td></tr>
<tr><td>據點辦理地點</td><td colspan="6">新北市○○區○○里○○路○○號</td></tr>
<tr><td rowspan="11">服務量能成果</td><td></td><td>核定服務
辦理時段：____時段，第____級</td><td colspan="3">實際受益</td><td>達成率
(%)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">115年度
服務數</td><td>預計全年度實際服務 ID 數:○○人
（男：○人；女：○人）</td><td colspan="3">1.全年度實際服務 ID 數:○○人
（男：○人；女：○人），○○人次
2.全年度累積服務(每月加總累積):
○○○人數(男：○人；女：○人)
○○○人次(男：○人；女：○人)</td><td>○○%</td></tr>
<tr><td>預計平均每月服務人數:○○人</td><td colspan="3">平均每月實際服務人數:○○人</td><td>○○%</td></tr>
<tr><td>電話問安
及關懷訪視服務</td><td>-</td><td colspan="3">累積:○○人數/年：○○人次/年
實際:○○人數/年</td><td></td></tr>
<tr><td>餐飲服務</td><td>-</td><td colspan="3">累積:○○人數/年：○○人次/年
實際:○○人數/年</td><td></td></tr>
<tr><td>健康促進活動</td><td>-</td><td colspan="3">累積:○○人數/年：○○人次/年
實際:○○人數/年</td><td></td></tr>
<tr><td>預防及延緩失能</td><td>○期/年，核定服務○○人數/年</td><td colspan="3">○期/年，實際服務○○人數/年</td><td>○○%</td></tr>
<tr><td>長照服務宣導成果</td><td>○場/年；核定服務○○人數/年</td><td colspan="3">○場/年【宣導主題】
【宣導日期及時間】
實際服務：○○人數/年</td><td>-</td></tr>
<tr><td>連續6堂課程</td><td>【課程主題】
【課程日期/時間】
【課程講師】</td><td colspan="3">【課程主題】
【課程日期/時間】
【課程講師】
實際服務：○○人數/年</td><td>-</td></tr>
<tr><td>巷弄喘息(GA07)</td><td colspan="4">實際服務○○人數/年</td><td></td></tr>
<tr><td>失智者服務個案數</td><td colspan="4">實際服務○○人數/年</td><td></td></tr>
<tr><td>經費使用情形</td><td colspan="6"><table>
<tr><td></td><td>總經費</td><td>資本門</td><td>經常門</td></tr>
<tr><td>核定經費(A)</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>核銷經費(B)</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>經費使用執行率
(B/A*100%)</td><td>%</td><td>%</td><td>%</td></tr>
<tr><td>剩餘經費(B-A)</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>繳回經費
（預撥款未花完再填寫）</td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table></td></tr>
</table>

年度成果實際效益說明		
115 年成果活動照片 (請選 6 張最具據點代表成果照片)	**圖說:**	
	圖說:	
	圖說:	

填表人: 簽章 **單位主管:** 簽章 **負責人:** 簽章 請蓋關防/機構章

附件 24

機關單位名稱：(請寫申請全銜/區域里別)

接受衛生福利部長照服務發展基金獎助計畫經費支出憑證簿

會計年度：**115 年度**
計畫名稱：新北市 115 年度社區整體照顧服務體系醫事 C 巷弄長照站服務計畫
1.計畫核定補助總經費(若為期末核銷，請填修正後總金額)：　　元
2.第 1 期款-預撥款金額(30%)：　　元
3.第 2 期款(領據)申請補助新臺幣：　　元 第 2 期款(1-6 月憑證)計新臺幣：　　元(支出憑證正本共　　張，影本共　　張)
4.第 3 期款(領據)申請補助新臺幣：　　元 第 3 期款(7-11 月憑證)計新臺幣：　　元(支出憑證正本共　　張，影本共　　張)
4.第 4 期款(領據)申請補助新臺幣：　　元 第 4 期款(12 月憑證)計新臺幣：　　元(支出憑證正本共　　張，影本共　　張)
5.繳回衛生福利部賸餘經費新臺幣（大寫）：　　元　（若無繳回，請填零） (若實際撥款金額尚未使用完畢，即為賸餘款項金額)

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。

簽章

請蓋關防/機構章

+

附件 25

受補助單位：(請寫申請全銜/區域里別)

會計年度：**115 年 受衛生福利部長照服務發展基金獎助計畫經費支出憑證明細表**

補助計畫名稱：新北市 115 年度社區整體照顧服務體系醫事 C 巷弄長照站服務計畫

補助支出項目：□開辦設施設備費 □充實設施設備費 □業務費

□專職人員費 □預防及延緩失能照護計畫費用 □失智症獎助費

支出日期			摘要	支出憑證編號	金額（新臺幣元）		
年	月	日			合計	補助	自籌
			一、□開辦設備費□充實設備費 小計				
			二、業務費 小計				
			三、專職人員費用 小計				
			四、預防及延緩失能照護計畫費用 小計(請明確寫出各期支出經費項目)				
			第 1 期講師費				
			第 2 期講師費				
			第 3 期講師費				
			五、服務失智症獎助費畫費用 小計				
總合計							

填表說明：(請分門別類)

1. 請依支出憑證編號順序填列，並依補助項目分類列計金額（小計），俾利查核。
2. 請統一按科目分別統計支出明細，並按支出項目類別編排同類型統一申報。
3. 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(並填列於自籌欄位)。

附件 26

新北市 115 年度社區整體照顧服務體系醫事C巷弄長照站服務計畫　經費核銷對照表

獎助項目/金額 （自行依核定項目填列編列項目）	核定金額	總計 核銷金額	1-6 月實際 核銷金額	7-11 月實 際核銷金額	12 月實際 核銷金額	賸餘 金額
一、□開辦/□充實設施設備費用　總計						
二、業務費　　總計						
水費						
電費						
電話費						
活動場地費						
活動材料費						
文具						
文宣印刷費						
活動講座費及二代健保補充保費						
公共意外責任險						
食材費及團膳費用						
三、專職人員費用 總計						
專職人員薪資						
本案獎助專職人員之加班費、未休假加班費、勞、健保及提撥勞退準備金等相關雇主應負擔費用						
四、預防及延緩失能照護計畫費用 總計						
第 1 期	36,000					
第 2 期	36,000					
第 3 期	36,000					
五、失智症獎助費 總計						
總經費合計	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
經費使用累積達成率(%)	-	B/A*100%	C/A*100%	D/A*100%	E/A*100%	(F/A)*100%

填表說明：(請分門別類計算)

1. 請依計畫核定補助項目分類列計項目及金額（小計），俾利查核。
2. 請依照原始憑證類別順序填列實際核銷金額（小計），請依照實際情形掌握經費使用狀況。
3. 依照核銷規定核銷之單位請如實填列，並於期中核銷時附上表單。

附件 27

領　　據

茲領到貴處補助＿＿（單位全銜）＿＿辦理新北市 115 年度社區整體照顧服務體系醫事 C 巷弄長照站服務計畫補助款。

共計新臺幣　萬　仟　佰　拾　元整。　(請以「國字」壹、貳、參...等填寫金額)

此　致

新北市政府高齡長期照顧處

（蓋用「機構章」）

單位名稱：

負責人：　　（簽章）

會　計：　　（簽章）

出　納：　　（簽章）

機構設立地址：　市　（鄉、鎮）　里　鄰　路（街）段　巷　弄　號　樓

統一編號：

金融機構戶名：

金融機構帳號：***（並請檢附該「存摺封面影本」供參）***

中　　華　　民　　國　　年　　月　　日

活動講座鐘點費領據		
茲領到○○○○（請填寫單位名稱全銜）辦理醫事 C 巷弄長照站 ○○○○活動講座鐘點費　新臺幣○萬○仟○佰○拾○元整。(1 小時○○○○元)		
課程名稱：	日期/時間 ○年○月○日 ○○:○○-○○:○○ (共計時間:○○時○○分)	活動講座費類型： □內聘　□外聘 現職：
此　　據 具　領　人：　　身份證字號： 戶籍地址：		簽章
中　華　民　國　　年　　月　　日		

註：如相同性課程可一個月簽一張領據，並明確註明上課日期即可。

活動講座費：(1)外聘：每小時鐘點費最高 2,000 元。(2)內聘：每小時鐘點費最高 1,000 元。

第____期預防延緩失能計畫鐘點費　領據		
茲領到○○○○（請填寫單位名稱全銜）辦理醫事 C 巷弄長照站 預防延緩失能計畫鐘點費 新臺幣○萬○仟○佰○拾○元整。(1 小時○○○○元)		
課程名稱：	日期/時間 ○年○月○日 ○○:○○-○○:○○ (共計時間:○○時○○分)	活動帶領講師類型： □指導員 □協助員
此　　據 具　領　人：　　身份證字號： 戶籍地址：		簽章
中　華　民　國　　年　　月　　日		

附件 29

新北市 115 年度社區整體照顧服務體系醫事 C 巷弄長照站服務計畫

臨時酬勞費用印領清冊

單位名稱：

單位：時數；新臺幣

姓名	身分證字號	戶籍地址	工作內容	日期	起迄時間	時數	補助金額	簽章
合計								

經手人：　　出納：　　會計：　　單位負責人：

簽章　　簽章　　簽章　　簽章

備註：

1. 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。
2. 檢附臨時人力出勤紀錄表。

附件 30

新北市　　區　　(請填單位全銜)支出費用黏貼憑證用紙

新北市醫事C巷弄長照站

年　　月　　日

憑證編號	用途說明 (請填寫經費項目說明)	金額	補助	
			自籌	
			合計	

經手人	業務主管	會計	負責人

……黏……貼……憑……證……黏……貼……處……

附件 31

_____辦理醫事C巷弄長照站

業務費之志工誤餐費、志工交通費(限關懷訪視及送餐服務)印領清冊

序號	姓名	身分證字號	服務日期	金額	領款人 簽蓋章	服務對象	備註(註明請領項目)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
合計							

經手人　　出納　　會計　　負責人

備註：檢附志工出勤紀錄表。

附件 32

○○○醫事C巷弄長照站交通接送清冊					
單位地址:			時間:____年___月		
車種:			車號:		
共計:_____元					
項次	月份	住家	公升	公里	實支金額
範例	1 月	起點:陳大雄家(地址：新北市○區○路○巷○弄○號○樓) 起點:林宜靜家(地址：新北市○區○路○巷○弄○號○樓)	5	50	125 元
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
合計					
備註：請依照不同個案住家地點分別列計於表格中。					

附件 33

新北市社區整體照顧服務體系醫事C巷弄長照站服務計畫財產清單

財產保管單位：　　日期：　年　月　日

財產編號	財產名稱	廠牌型號	購置日期	單位	數量	預算來源		
						合計	自籌	補助
合計								

製表：　　會計：　　保管人：　　單位主管：

簽章　簽章　簽章　簽章

說明：

1. 本表須經製表、會計、保管人及單位主管蓋章。
2. 「型式廠牌來源」請詳填購買設備相關資料。
3. 「預算來源」請分衛生福利部補助、新北市政府補助、相關單位補助及自籌。

新北市社區整體照顧服務體系醫事C巷弄長照站服務計畫財產清單照片

編號		名稱	
照片			
編號		名稱	
照片			

說明：

1. 格式：A4 直式橫書、標楷體14
2. 照片：若有申請設施設備者，**請檢附本府補助之設施設備照片（每項設備應貼上「衛生福利部補助」字樣）。**

代管財產標籤式樣

補助單位	(單位名稱)
財產名稱	ex:彩色影印機
經費來源	衛生福利部
財產編號	ex:1100906-01
單　　價	ex:5,500
保管人	○○○
購置日期	1100906　年限 5 年

附件 34

新北市社區整體照顧服務體系醫事C巷弄長照站服務計畫非消耗品清冊

財產保管單位：　　日期：114 年　　月　　日

序號	非消耗品名稱	購置日期	單位	數量	金額
合計					

製表：　　簽章　　單位主管：　　簽章

附件 35

（受補助單位名稱）

支出費用分攤表

年　　月　　日

單位：新臺幣元

分攤項目	分攤單位名稱（月份）	分攤金額	分攤比例
合計			

經手人　　出納　　會計　　負責人

簽章　　簽章　　簽章　　簽章

附件 36

領　據

買受人：			
統一編號：			
地址：			
購買項目/內容	數量	單價	小計
總計			

營業人/販售人用印	
簽章	營業人身分證字號: 營業人地址:

經手人: 簽章　出納： 簽章　會計： 簽章　負責人： 簽章

附件 37

專職人員服務費切結證明書

（單位全銜）執行「新北市 115 年度社區整體照顧服務體系醫事 C 巷弄長照站服務計畫」之業務，聘用照顧服務員相關人事費用，共____月、計新臺幣_____元，統一開立並寄發個人所得憑單，且依薪資級距確實辦理勞保、健保及勞工退休金相關手續，如有違反相關規定，願付法律責任，特此切結。

切結單位：

負責人：

單位主管：

會計：

承辦人：

專職人員：

（蓋用「單位關防/機構章」）

中　　華　　民　　國　　年　　月　　日

附件 38

新北市 115 年度社區整體照顧服務體系醫事 C 巷弄長照站服務計畫
專職人員申請變更表

據點名稱：(請寫申請全銜/區域里別)　　填表日期：　年　月　日

姓　　名		
性　　別	□男　□女	□男　□女
出生年月日	年　月　日	年　月　日
身分證字號		
學　　歷		
經　　歷		
聯絡地址		
連絡電話 手機		
支薪(元)/月	(請填寫金額/月；並注意支薪金額)	(請填寫金額/月；並注意支薪金額)
該職位到職日	年　月　日	年　月　日
該職位離職日	年　月　日	年　月　日
異動註記	(1)□新任人員 (2)□離職人員 (3)□其他（請說明）：＿＿＿＿	(1)□新任人員 檢附資料： □身分證影本 □資格證明文件影本：＿＿＿ (2)□離職人員 (3)□其他　（請說明）：＿＿＿＿

申請人：簽章　　負責人：簽章

（蓋用「機構章」）

專職人員相關資料，應登載於社區照顧關懷網系統。

(專職人員新任或離職時，請於異動日後 14 日內填寫人員異動報告表。)

附件 39

（單位名稱全銜/區域里別）

新北市 115 年度社區整體照顧服務體系醫事 C 巷弄長照站服務計畫照顧服務員專業服務費用印領清冊

服務時間：　月　日至　月　日

月份	員工姓名	身分證統一編號	戶籍地址	到職日	薪資	病事假扣薪	應領金額	自籌金額	補助金額	代扣勞工自付勞健保、所得稅等	實領淨額	雇主負擔勞保、勞退、健保、工資墊償	簽名或蓋章
EX:7 月	王小明	A123456789	新北市板橋區英士路○○號	7/1	35,000	1,000	34,000	1,000	33,000	1341 (專職自付額)	應領-勞工自付=-33,659	(依業務費編列及納保證明填寫)	
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
年終獎金													
合計													

備註：

1. 請檢附每月匯款薪資證明、切結書、勞健保、勞退納保相關證明文件、印領清冊、專職人員異動表、學經歷及相關證照影本乙份。
2. 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。
3. 年終獎金計算方式，例如：服務起訖日為 109.03.15-109.12.31，可領取 10/12*1.5。

經手人	出納	會計	負責人

附件 40

租金收據

本人＿＿＿＿＿＿＿＿(出租人)茲收到＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(承租人)給付 115 年＿＿月份(租約:　　年　　月　　日至

年　月　日)(租屋地址:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿)

租金，月租金新台幣＿＿＿＿＿＿，屬實無誤，特此證明。

出租人簽章：

地址：

承租人代表簽章：

中華民國　　年　　月　　日

附件 41

新北市 115 年度社區整體照顧服務體系醫事 C 巷弄長照站服務計畫經費變更申請表

申請單位 （據點全銜）		立案核准機關 日期文號	
據點地址 （含鄰里）		統一編號	
負責人		聯絡電話	
聯絡人/職稱		聯絡電話	

醫事 C 經費變更 （填阿拉伯數字）	**申請時段：〇個時段，第〇級**			
	原核定補助總經費為新臺幣： 〇〇萬〇〇元		**變更後補助總經費**為新臺幣： 〇〇萬〇〇元	
	資本門 （□開辦□充實設備費）	〇萬〇元	資本門 （□開辦□充實設備費）	〇萬〇元
	經常門 （□開辦□充實設備費）	〇萬〇元	經常門 （□開辦□充實設備費） （減少〇元/金額不變）	〇萬〇元
	經常門 （除設備費外之經常門）	〇萬〇元	經常門 （除設備費外之經常門） （減少〇元/金額不變）	〇萬〇元
自審應檢附附件	□原核定函、核定表影本 □變更前後經費概算對照表 □變更後經費概算表 □原核定經費概算表 □其他：			

申請單位聲明：

本次申請經費變更案件之申請書及所有檢附資料均據實填報，如有虛偽，一經查獲，願負擔法律上一切責任。

（蓋用「社團或團體圖記」）

申請單位負責人：　　（簽章）

中華民國　　年　　月　　日

申請經費變更應來函敘明經費調整原因經本府核可後辦理，需於 114 年 9 月 30 日前完成計畫變更，當年度僅以 1 次為限，逾期未辦理計畫變更，將依照原核定計畫辦理。

備註：

1. **請確實依核定補助計畫執行，非核定之補助項目不得以補助經費支付。**
2. **變更後經費不得高於原核定補助之總額。**
3. **經費編列不同項目不得流用(EX:開辦(充實)設備費與業務費)。**

（單位全銜名稱）

附件 42

新北市 115 年度社區整體照顧服務體系醫事 C 巷弄長照站服務計畫

修正經費概算對照表　（新台幣:元)(無須填自籌經費）

項目 （請依核定項目順序及預變更項目增減）		原核定金額	變更後金額	金額差異	備註 （載明調整原因）
業務費(A)	ex:水費	1,600	2,000	+400	
	電費				
	活動講座費				
	食材及團膳費用				
	網路費				
	電話費				
	文宣印刷費				
	文具費				
	活動材料費				
	公共意外險				
	茶水費				
業務費共計					
專職人員費(B)	薪資(含年終)				
	雇主負擔費用				
預防及延緩失能照護計畫費用(C)					
失智症獎助費(D)					
開辦設施設備費（經常門）(未滿 1 萬元或使用年限未滿 2 年物品)(E)					
開辦設施設備費（資本門）(單價 1 萬元以上)(E)					
充實設施設備費（經常門）(未滿 1 萬元或使用年限未滿 2 年物品)(F)					
充實設施設備費（資本門）(單價 1 萬元以上)(E)					
計畫總經費 (A+B+C+D+E+F+G)	**原核定申請補助　　元**		**變更後申請補助　　元**		

附件 43

長照服務宣導活動成果報告（應須能呈現宣導主題）

辦理單位			
活動名稱		宣導類別	■多元場域:醫事C巷弄長照站
辦理日期	115年　月　日（星期　） 時　分至　時　分	服務主講人/職稱	EX:○○○/站長
活動地點	EX: _____據點(新北市○○區○○路○○號)		
參加對象	醫事C長輩	參加人數	_____人（至少10人，請與簽到表相符並檢附簽到表）
宣導內容及執行成果			
活動照片			

(請用印)

承辦人員：　　主管：

（據點全銜）長照服務宣導活動簽到表

一、 日期：　　年　　月　　日(星期　　)　　時　　分至　　時　　分

二、 地點：

三、 對象：

四、 參加人數：

1		16		31		46	
2		17		32		47	
3		18		33		48	
4		19		34		49	
5		20		35		50	
6		21		36		51	
7		22		37		52	
8		23		38		53	
9		24		39		54	
10		25		40		55	
11		26		41		56	
12		27		42		57	
13		28		43		58	
14		29		44		59	
15		30		45		60	

附件 44

115 年度辦理健康促進活動連續 6 堂系列課程成果報告

<table>
<tr><td>辦理單位</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>辦理系列
課程名稱</td><td colspan="2">□改善及預防吞嚥障礙 □足部護理 □慢性病自我健康管理
□認識肌少症 □認識失智症</td></tr>
<tr><td>辦理日期</td><td colspan="2">115 年 月 日、115 年 月 日、115 年 月 日、115 年 月 日、115 年 月 日、115 年 月 日，共 6 堂</td></tr>
<tr><td>課程講師/
醫事人員職別:</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>服務人數</td><td colspan="2">人(請檢附(系統匯出)連續 6 堂服務名冊)</td></tr>
<tr><td>每堂課程內容</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">課
程
照
片</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td>長輩滿意度、執行成果及課程回饋</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

附件 45

新北市政府衛生局衛生保健志工隊及志願服務人員申請步驟

1.申請衛生保健志工隊流程：

步驟 1：須先與新北市政府衛生局衛生企畫科核備為衛生保健志工隊

步驟 2：核備完成後需配合辦理以下事項：

(1)定期繳交成果及報表

(2)配合衛生局辦理評鑑

(3)需配合定期舉行會議

(4)協助單位內志工辦理保險

(5)協助志工申請志工手冊

(6)定期將志工服務時數鍵入衛福部系統等

2.申請保健志願服務人員申請步驟：

步驟 1：完成基礎訓練及特殊訓練後由運用單位檢附應備文件向各目的事業主管機關提出申請。

步驟 2：應備文件如下

(1) 正式公文

(2) 一吋大頭照兩張

(3) 結訓證明(證書或簽到表)

步驟 3：由運用單位協助發文申請。

3.請依新北市衛生局公告衛生保健志願服務人員管理要點附件相關資料辦理。

承辦單位：新北市政府衛生局-衛生企劃科

承辦人員：程綺凡

聯絡電話：02-22577155 分機 2637

Email：A07064@ntpc.gov.tw

新北市　（單位名稱）　志願服務計畫表

本表適用申請成立衛生保健類志願服務

編號	（免填）	運用單位名稱		負責人姓名	
立案證號		（法人登記者，請一併填寫並檢附法人登記證書影本）		立案日期	
單位立案宗旨	（依組織章程內容填寫）				
計畫目的					

一、服務計畫及內容

（請務必填寫單位服務對象、服務項目及內容及服務地區）

1. 服務對象：
2. 服務項目及內容：
3. 服務地區：　　（如有跨縣市服務請向中央申請備案）
4. 其他：

二、單位志工現況、預計召募對象及流程

1. 目前單位志工人數(含有意願加入尚未服務者):男:____人;女:____人(請附名冊)
2. 預計召募對象:
3. 召募方式/流程:

三、志願服務經費概算

項目	預算金額	經費來源
意外事故保險（必填）		□單位自籌　□政府補助：(補助名稱)
誤餐及交通費		□單位自籌　□政府補助：(補助名稱)
合計		(單位可自行增列項目及欄位)

四、志工管理

志工督導	姓名:_____連絡電話:_____ 身分證字號:_____電子信箱:_____ (志工督導為志工隊行政管理者及聯繫窗口；索取身分證字號原因為開設衛福部志願服務整合系統權限)

志工隊長	姓名:_____連絡電話:_____ (志工督導請勿兼任志工隊長，尚未推選出隊長可免填)
志工會議	□志工大會：每_____舉開一次，一年共_____次 □幹部會議：每_____舉開一次，一年共_____次
服務登錄	□服務時數條發放: 每_____發放一次，一年共_____次 □衛福部整合系統登錄時數: 每_____登錄一次，一年共_____次

五、志工培訓

□ 基礎訓練：_____次，共_____小時（可配合外部訓練）
□ 特殊訓練：_____次，共_____小時（可配合外部訓練）
□ 其他(實習、講座、研習等)：_____小時
（志工須完成基礎訓練及特殊訓練後始得申請志願服務紀錄冊並開始服務時數計算）
（基礎訓練請依衛生福利部規定辦理;特殊訓練請依地方目的事業主管機關規定辦理）

六、獎勵聯誼、考核

1. 獎勵（表揚）: 每_____辦理一次，一年共_____次 □無
2. 定期聯誼：□每_____辦理一次，一年共_____次 □無
3. 志工考核: □不定期 □定期（每___ 一次）

七、志願服務隊備案後須配合行政事項

1. 備案次年參加新北市志願服務推廣中心「新北市志工團隊分級分區培力計畫」。
2. 每年1、7月填寫並繳交「推展志願服務概況表」。
3. 配合參與「志願服務紀錄冊暨衛生福利部志願服務資訊整合系統登錄情形抽檢」。
4. 完成備案後，如運用單位之通訊或聯絡人等資料有異動，請務必主動告知新北市政府衛生局志願服務承辦人及新北市志願服務推廣中心。
5. 配合「新北市政府衛生局衛生保健志願服務人員管理要點」。

(項次1~3辦理前發公文通知單位)

□ 本單位針對以上事項知悉且願意配合辦理

負責人簽章： 志工督導簽章：

※本計畫經「 」會議通過後執行，並函報市政府主管機關備案。

※ 請檢附資料：□單位立案證書影本 □單位組織章程/組織分工 □管理辦法 □會議紀錄（內容須討論欲完成志工隊備案）□志工名冊（尚未服務者亦請列入）

填表人姓名： 填表人聯絡電話：
運用單位主管姓名： 運用單位聯絡電話：
運用單位傳真電話： 運用單位電子信箱：
單位地址(含郵遞區號)： （公文、信件寄送地址）
志願服務隊隊址（同上免填）:

填報日期： 年 月 日

附件 46

115 年服務清冊統計表

編號	收案日	個案姓名	身分證字號	身障類別	失智個案	使用長照個案	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月
每月服務個案人數統計																		
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		

附表四、新北市無障礙施工改善特約廠商名冊

序號	廠商名稱	連絡地址	連絡電話
1	若晨室內裝修有限公司	242 新北市新莊區新崑路 179 號 3 樓	(02)2202-0960
2	康澄國際股份有限公司	234 新北市永和區永和路二段 209 號 4 樓	0800-256-111
3	鴻福無障礙室內裝潢有限公司	238 新北市樹林區啟智街 42 巷 2-2 號 4 樓	0937-927012, 0935-788425
4	台大防滑工程行(大台北地區)	234 新北市永和區民權路 17 號 5 樓	0919-492887 客服信箱：anita016888@gmail.com
5	台大無障礙工程行	241 新北市三重區溪尾街 113 巷 12 號 2 樓	0919492887
6	古拉爵有限公司/古拉爵醫材行	220 新北市板橋區宏國路 113 號	0908-725582
7	康曜軒企業有限公司(佑康醫療用品-新莊店)	242 新北市新莊區思源路 137 號	(02)8994-3313
8	UDcare.通用福祉股份有限公司	241 新北市三重區重安街 102 號 2 樓	(02)2974-9278
9	康齡樂活實業有限公司	241 新北市三重區昌隆街 58 號 1 樓	(02)89720301
10	誠豐無障礙有限公司	242 新北市新莊區新興街 15 號 1 樓	(02)2992-0491, 0917-608905
11	坤昌室內裝修工程有限公司	242 新北市新莊區民安西路 229 巷 8 弄 1 號 1 樓	0933-837363
12	辰軒止滑工程行	236 新北市土城區明峰街 33 號 6 樓	0920-335343
13	GAGU 統包工程/家谷生活網路股份有限公司	248 新北市五股區芳洲一路 50 號 19 樓	(02)8292-6828
14	安福無障礙改善工程行	221 新北市汐止區福德一路 256 號 11F-2	0910-110320
15	馬偕工程行	251 新北市淡水區新春街 114 之 3 號 6 樓	0919-492887
16	築育空間室內裝修有限公司	235 新北市中和區中山路 2 段 391-6 號 4 樓	(02)2226-2797 0921905110
17	居十室內裝修有限公司	244 新北市林口區文化三路二段 77 巷 29 號	(02)2600-1200
18	久適穩有限公司	221 新北市汐止區湖前街 110 巷 97 弄 5-2 號 13 樓	0958-123945
19	鉅翔興業有限公司	243 新北市泰山區仁義路 220 巷 53 號 3 樓	(02)2909-1038
20	恩哲空間整合有限公司	236 新北市土城區學海街 312 號 6 樓	(02)22640496