臺中市醫療機構自費項目收費（新增或調整）申請表

【第1類**–**細胞治療技術及實驗室開發檢測項目】

提案醫療機構：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 編號 | 類別 | 診療  科別 | 項目  分類 | 項目名稱 | 新增或調整 | | 擬訂  金額 | 施行計畫經衛生福利部核准 | | | 備註 |
| 新增 | 調整 | 案號 | 收費金額 | 計畫效期 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 自00年00月00日起  至00年00月00日止 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

備註：

1. 本申請表適用項目：屬特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法第13、14及36條規定，並經衛生福利部審查核准之細胞治療技術及實驗室開發檢測收費項目。
2. 如擬訂金額高於衛生福利部審查許可之收費，醫療機構應先向衛生福利部申請計畫變更，經許可後始得由衛生局核定。
3. **請提供相關衛生福利部核准函、函文附件及施行計畫等資料佐證**。
4. 填報須知：
5. 類別：西醫、牙醫、中醫。
6. 診療科別：整形外科、婦產科、兒科…等，若無診療科別則填不分科。
7. 項目分類：如技術費、材料費、檢驗費、處置費、手術費等。
8. 不同診療科別可同時填報相同診療項目，惟相同診療項目費用不應不同。