

臺中市政府衛生局

臺中市 115 年度失智友善醫事單位獎助計畫契約書

臺中市政府衛生局〈以下簡稱甲方〉為使社區疑似失智症個案早期發現與治療，特訂定相關事項委託_____〈以下簡稱乙方〉辦理 115 年失智友善暨個案轉介業務，經雙方同意訂立條款如下：

- 一、 乙方應受「臺中市 115 年度失智友善醫事單位獎助計畫需求說明書」內容規範。
- 二、 本案補助對象為 AD8 篩檢 ≥ 2 分之疑似失智症個案或轉介至本市失智共同照護中心(下稱共照中心)新確診個案。
- 三、 乙方針對接受早期失智症篩檢表(AD8) ≥ 2 分之疑似失智症個案者轉介至共照中心進行後續診斷，每案補助新臺幣(以下同)100 元，或將疑似個案經共照中心評估後為新確診之失智症者，則獎助發掘轉介之失智友善醫事單位，每案獎助 500 元。如未能確實回報轉介情形並提供佐證資料，將不予給付補助費用。
- 四、 本案結案標準如下：
合約醫療機構針對接受極早期失智症篩檢表(AD8) ≥ 2 分之疑似失智症個案，應於篩檢結束 1 個月內追蹤個案轉介至共照中心確診情形，並將轉介單處理回覆表結果上傳至雲端，並詳實紀錄結果。
- 五、 乙方填寫「極早期失智症篩檢表(AD8)」及「臺中市失智共同照護中心個案轉介單」，個案資料需完整，如有缺失，不予給付補助費用。
- 六、 乙方核銷資料應確實審核無誤後，始可送甲方核辦，所送資料錯誤超過 5% 時，列為下年度合約之參考依據。
- 七、 甲方 115 年 3 月、6 月、9 月及 12 月應給付部份，乙方應於核銷當月 15 日前檢附「極早期失智症篩檢表(AD8)」及「臺中市失智共同照護中心個案轉介單」紙本影本、個案清冊及領據，一併送本局辦理核銷及請款手續。
- 八、 甲方得隨時派員抽查，如發現有虛報或未追蹤部分，除追繳合約醫療機構已受領之超額款項外，甲方得終止合約。
- 九、 甲方推動失智友善醫事單位培訓及獎助相關業務，乙方應配合之，且當甲方辦理相關說明會、研討會或討論會，乙方亦應派員參加並遵守甲方規範。
- 十、 乙方及乙方受僱人必須遵守個人資料保護法及其施行細則規定等相關法令，對所有個案資料負完全且永久保密責任，乙方應自行監督之，落實保密及內控機制；乙方蒐集、處理或利用個人資料者，應於履行本合約範圍、期間內為之，不得複委託他人辦理；違反資訊安全、個人資料保護法等相關規定，由乙方自負相關法律責任。
- 十一、 乙方如有違反委託事項，甲方得隨時函知合約醫療機構終止契約，於終止契約後 3 年內，甲方得不與其訂定本項服務之委託契約。

- 十二、乙方如與受檢者發生醫療糾紛，應由乙方自行負責。
- 十三、若甲方補助計畫之經費用罄或預算刪減等不可歸責於甲方之因素，甲方得以書面通知終止契約並停止受理本補助計畫經費之申請及補助，終止契約至通知送達前，乙方已執行之部分，甲方得依契約核實支付。
- 十四、如因本契約涉訟時，依行政訴訟法相關規定，訂第一審管轄法院。
- 十五、本說明未盡事宜，依甲方有關規定辦理。
- 十六、本契約一式二份(甲方留存一份、乙方一份)，均於雙方完成簽署後生效。
- 十七、本契約履約期間自簽約日起至 115 年 12 月 10 日止。

立 契 約 書 人

甲 方：臺中市政府衛生局

代表人： (簽章)

地 址：臺中市豐原區中興路 136 號

乙 方：

負責人： (簽章)

統一編號：

地 址：

電 話：

中 華 民 國

年 月 日