

居家護理所到宅執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護發給津貼 申請作業須知（修正版）

一、依據「居家護理所到宅執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護發給津貼作業要點」（以下簡稱本要點）第二點及第四點規定辦理。

二、津貼核發對象及津貼基準如下：

（一）適用對象

1. 居家護理所之居家護理人員，為配合防疫工作，自111年4月14日起至112年4月30日止（後續之照護事實不再發給津貼），前往列為確診居家照護個案且符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準收案對象之住（居）所，提供急迫性護理服務者，發給津貼。
2. 急迫性護理服務，以全民健康保險居家照護服務（居家照護、安寧居家療護、全民健康保險居家醫療照護整合計畫、全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫）給付及支付基準中之護理服務項目為限。但有特殊狀況者，得經直轄市、縣（市）政府專案認定為急迫性需要之服務項目。

（二）津貼基準：每服務一人每日津貼新臺幣一千五百元，每日最高津貼以新臺幣六千元為限。

三、申請期間：自111年7月20日起至112年5月25日止，且以本部收文日為準。逾申請期間者，視為放棄。

四、申請程序：

- （一）機構可擇定按月或數月合併申請，且於本部所規定之受理時間（每月20日至25日；以本部收文日為憑），由機構

檢具申請表，並檢附符合津貼資格之服務清冊及相關資料等，向本部提出。

(二) 本部受理後進行審查，並函復申請機構審核結果。

五、檢附文件：

(一) 申請表 (附件1)

(二) 服務清冊 (附件2)

(三) 機構領據 (附件3)

(四) 機構專戶之金融帳戶存摺封面影本

(五) 有支援報備者，請檢附護理人力支援報備證明文件

(六) 有專案認定者，請檢附直轄市、縣(市)政府專案認定證明文件

六、經費核撥：

(一) 機構檢具上述紙本文件及服務清冊電子檔 (Excel 檔)，並完成全民健康保險特約醫事服務機構門診醫療服務點數費用申報後，於每月受理時間內，函送本部申請；審核通過者，則予以辦理核撥津貼經費。

(二) 本津貼係由機構具領轉發予居家護理人員。機構應於本部撥付津貼經費後15日內，完成核撥予實際執行居家護理人員，且機構應於本部撥付津貼經費之次月20日至25日，檢附該次津貼撥補執行概況考核表 (附件4)、轉帳證明清冊、賸餘款及其他收入等，函送本部辦理核銷結案 (若有次月新申請案，請併同函送本部)。如機構未能於嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例實施期間截止日前完成結案手續，應依各機關單位預算執行要點之規定，並於特別條例實施期間截止日後5日內，檢附相關資料陳報本部核轉行政院辦理保留。

- 七、如已因同一事實受有其他法令規定性質相同之給付者，不得重複請領。經查證有重複請領之情事，將不予受理申請或追回已核發之款項。
- 八、本津貼費用屬代收代付經費；並得依嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例免納所得稅，但不得作為抵銷、扣押、供擔保或強制執行之標的。
- 九、本須知依本要點規定視需要滾動修正。

居家護理所到宅執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護發給津貼 申請表

機構名稱	○○○○○○○居家護理所(全銜)		機構代碼		
機構地址			統一編號		
機構負責人			聯絡電話		
服務月份	111年○○月 <small>填寫說明：指居家護理人員實際到宅提供急迫性護理服務時間(亦同申報健保醫令執行時間)，如居家護理人員5/1、6/3實際到宅提供確診個案急迫性護理服務，則應填寫111年5月至6月。填畢，本說明文字可移除</small>		個案人數	○○○位	
申請津貼金額	(單位：新台幣元)				
填表人		職稱	市內電話	○○- ○○○○○○○○	
			手機號碼	09○○-○○○○○○	
			電子郵件		
應檢附資料	<input type="checkbox"/> 申請表 <input type="checkbox"/> 服務清冊 <input type="checkbox"/> 機構領據 <input type="checkbox"/> 機構專戶之金融帳戶存摺封面影本 <input type="checkbox"/> 有支援報備者，請檢附護理人力支援報備證明文件 <input type="checkbox"/> 有專案認定者，請檢附直轄市、縣(市)政府專案認定證明文件				
<p>※本津貼申請未重複申請、虛報或浮報經費款項，如有不實，除繳回津貼款項外，並願負相關責任。</p>					
申請機構(單位)：			(請蓋大小章)		
負責人：					
中華民國： 年 月 日					

○○○縣（市）○○○居家護理所到宅執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護工作之服務清冊

編號	居家護理確診個案				急迫性護理服務提供			居家護理人員			申請津貼 (元)	執行服務之 護理人員簽名	
	姓名	出生年月日 (YY/MM/DD)	身分證 統一編號	服務地址	確診 居家隔離期間	服務日期 (YY/MM/DD)	健保給付及支付 基準(計畫)	服務項目	姓名	出生年月日 (YY/MM/DD)			身分證 統一編號
1	○○○	1980/09/28	Q○○○○○○○○○○		○年○月○日 至 ○年○月○日	○年○月○日	全民健康保險居家 醫療照護整合計畫	氣切護理	○○○	1988/10/28	L○○○○○○○○○○		
2													
3													
4													
5													

填寫說明：

1. 「健保給付及支付基準(計畫)」應填寫居家照護、安寧居家療護、全民健康保險居家醫療照護整合計畫或全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫。
2. 「服務日期」係指居家護理人員前往列為確診居家照護個案之住(居)所提供急迫性護理服務之時間，以供健保系統勾稽審核(不得早於111年4月14日)。
3. 「服務項目」應填寫給付及支付基準中之護理服務項目，如：氣切護理、留置導尿管護理、留置鼻胃管護理等；如有特殊狀況者，請敘明原因及服務內容。
4. 「申請津貼」應依居家護理所到宅執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護發給津貼作業要點第2點第2項規定計算，每位居家護理人員每服務1人每日津貼新臺幣1,500元，每日最高津貼以新臺幣6,000元為限。

領據（參考格式）

茲 向

衛生福利部領到○○○年度「居家護理所到宅執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護發給津貼」

新台幣 拾 萬 仟 佰 拾 元正

此 據 衛生福利部

具領人 單 位：

統一編號：

機構負責人：

身份證字號：

地 址：

金融機構：

戶 名：

帳 號：

中 華 民 國 年 月 日

經辦人員

主辦出納

會計

單位首長（代表人）

附件4

機關（單位）名稱：○○○居家護理所

接受衛生福利部居家護理所到宅執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護發給津貼○○○年度執行概況考核表
(A4格式)

中華民國 年 月 日起至 年 月 日止

單位：新臺幣元

核定 津貼經費	本部津貼 核撥日期	實際完成 核撥日期	累計 實支數	繳回 經費	備註 (受益居家護理人員)		
					男	女	總計

填表說明：

1. 「核定津貼經費」欄所列係指本部核定機構該次之津貼金額；「本部津貼核撥日期」欄所列係指本部撥付該次津貼經費至機構帳戶之時間；「實際完成核撥日期」欄係指機構實際辦理完成撥付全數實際執行居家護理人員款項日期，非指核銷報結日期；「累計實支數」欄所列係指機構實際辦理完成撥付全數實際執行居家護理人員之津貼金額。
2. 備註欄內請填報接受津貼之受益居家護理人員數。

填表人：

業務主管：

主辦會計：

辦理單位負責人：