

衛生福利部 111 年度「醫事人員及 COVID-19 染疫死亡者家屬 心理健康支持方案」

111 年 8 月 18 日衛部心字第 1111761528 號函頒

111 年 12 月 30 日衛部心字第 1111762946 號函修訂

壹、背景說明

臺灣自 111 年 5 月起進入嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）大規模流行階段，醫事人員始終站在防疫最前線，協助民眾抗疫，其承受之身心壓力可見一斑；又不幸染疫死亡者之家屬，面對突然的親人死亡，其哀傷與悲慟之情亦需適切調適，避免引發長期性心理健康問題。為強化防疫第一線醫事人員與染疫死亡者家屬之心理健康支持，爰辦理本方案，藉由補助醫事人員及染疫死亡者家屬心理諮商費用，協助其調適心理壓力與負面情緒，維護身心健康。

貳、方案期程

自核定日（111 年 8 月 18 日）起至 112 年 7 月 31 日止。

參、方案經費

- 一、總經費共新臺幣（以下同）2,500萬元整。
- 二、各縣市之經費分配，參酌各直轄市、縣（市）「醫事人員 COVID-19 心理健康支持方案」執行成果及 COVID-19 確診人數，分配如附件 1，惟方案執行期間，本部得視各縣市實際執行狀況，逕於預算總額度內調整分配；經費若提前用罄，本部將另行公告方案結束日期。
- 三、本方案經費為補貼醫事人員及染疫死亡者家屬之自費心理諮商費用，並委由各直轄市、縣（市）代審代付，無需納入各直轄市、縣（市）地方預算。

肆、執行單位

- 一、心理諮商服務提供機構（下稱心理諮商機構）：
設有精神科之醫療機構、心理治療所及心理諮商所，經向所在地心理諮

商補助費用代審代付單位登記參與本方案，並經本部公布者。

二、心理諮商補助費用代審代付單位：

各直轄市、縣（市）衛生主管機關（下稱衛生局）。

伍、補助對象及項目

一、補助對象及資格限制：

(一)全國執業醫事人員：領有執業執照之醫事人員。

(二)COVID-19 染疫死亡者家屬：應符合以下 2 條件：

1. 死亡者死亡證明書之死亡原因應清楚登載有 COVID-19（新冠肺炎）病名，惟不限登載於「死亡原因」項下之「直接引起死亡之疾病或傷害」、「先行原因」或「其他對於死亡有影響之疾病或身體狀況」任一欄位。
2. 死亡者家屬包含死亡者之配偶、直系血親卑親屬、父母、兄弟姊妹、祖父母，或其他同住者。

二、補助項目、額度及標準：

- (一)限補助「心理諮商費用」，每次最高以 2,000 元為限，且每次心理諮商時間需至少 40 分鐘以上。
- (二)每人補助以 6 次為限。
- (三)本方案補助項目僅限自費之「心理諮商費用」，不含心理諮商機構之掛號費或其他費用，又心理諮商機構所訂單次「心理諮商費用」若高於 2,000 元者，其差額須由補助對象自行負擔。
- (四)心理諮商機構已向本方案申請補助之金額，不得重複向補助對象收取，或向其他方案、經費申請補助或報支，反之亦然。
- (五)心理諮商頻率以每週一次為原則，若有短期密集心理諮商需求，需由心理諮商機構提報心理諮商計畫，經衛生局同意始得執行。

陸、補助對象應配合事項及規範：

- 一、本方案提供之心理諮商服務，需先至本部網站查詢本方案心理諮商機構名單後，逕洽心理諮商機構預約。
- 二、對於已向心理諮商機構預約之心理諮商服務，如連續 2 次無故未依約接受心理諮商，於第 2 次缺席日起 90 日內，暫停補助資格。

三、應於接受心理諮商服務前簽署知情同意書暨個人資料蒐集同意書（如附件 2、附件 3），醫事人員另需配合出示執業執照以利心理諮商機構確認符合補助資格。

四、若以通訊方式進行心理諮商，需配合出示個人證件，供心理諮商機構拍照留存，做為申請經費之依據。

柒、心理諮商機構應配合事項及規範

一、心理諮商機構提供心理諮商服務應符合下列原則：

(一) 本方案限由精神科醫師或心理師執行，且應於執行前向補助對象介紹本方案內容，並請其簽署知情同意書暨個人資料蒐集同意書後，依其參與本方案意願申請經費補助。完成簽署之同意書交由補助對象收執，並由心理諮商機構掃描或拍照留存。

(二) 執行心理諮商人員，應對補助對象之求助問題及其心理健康疾病識能進行評估，擬具心理諮商計畫，必要時應提供適切之醫療處置或轉介。

(三) 應依醫療法、心理師法或相關法規，對於提供之心理諮商服務製作紀錄並妥為保存。

(四) 若執行通訊心理諮商，除應符合上開各項原則外，應另依下列規定辦理：

1. 提供通訊心理諮商服務之機構應符合以下條件之一：

(1) 依據「心理師執行通訊心理諮商業務核准作業參考原則」，擬具通訊心理諮商業務實施計畫，並經衛生局核准者。

(2) 依據本部 110 年 5 月 17 日衛部醫字第 1101663441 號函及 110 年 7 月 23 日衛部醫字第 1101665108 號函示，經衛生局指定辦理通訊診察治療之醫療機構。

2. 除請補助對象簽署本方案之知情同意書暨個人資料蒐集同意書外，應另訂定詳盡之通訊心理諮商知情同意書，並向補助對象詳細說明所有通訊心理諮商之風險和益處。若疫情及補助對象情況許可，仍應優先採面對面心理諮商方式提供服務。

3. 於進行通訊心理諮商前，請補助對象出示個人證件，並告知會拍照留存。

二、其他應配合事項：

- (一) 為評估本方案成效，心理諮商機構於提供本方案之第一次心理諮商服務前，應對補助對象以 BSRS-5 量表進行前測，並於最後一次心理諮商服務結束時或結案前，以 BSRS-5 量表進行後測，及邀請匿名填答本方案滿意度調查表（如附件 4、附件 5）。
- (二) 本部及衛生局基於業務職掌及為審核本方案執行情形需要，得進行實地查核，並抽查本方案之受補助名冊與相關紀錄，心理諮商機構應予配合。

捌、衛生局配合事項

- 一、依本方案實際發生之補助費用，按季審核後撥付心理諮商機構相關款項。
- 二、設置民眾及心理諮商機構洽詢本方案之單一服務窗口，強化本方案之便民服務。

玖、經費請領及核銷方式

一、心理諮商機構向衛生局申請經費撥付及核銷方式：

由心理諮商機構就本方案實際補助費用，按季就醫事人員及染疫死亡者家屬分別造冊，依衛生局規定檢據請領，經衛生局審查通過後，始由該局撥付當期經費。每季造冊時間區間及資料如下：

- (一) 每季造冊之時間區間：本方案核定日起至 111 年 10 月 31 日、111 年 11 月 1 日至 112 年 1 月 31 日、112 年 2 月 1 日至 112 年 4 月 30 日、112 年 5 月 1 日至 112 年 7 月 31 日。
- (二) 造冊資料：
 1. 「申請心理諮商服務之醫事人員清單」及「申請心理諮商服務之死亡者家屬清單」（如附表 1、2）。
 2. 醫事人員/染疫死亡者家屬申請心理諮商服務明細（如附表 3、4）。
 3. 簽署心理諮商知情同意暨個人資料蒐集同意書之影本/電子檔及各次出示證件之視訊畫面/截圖。

二、衛生局向本部申請經費撥付及辦理核銷方式：依附件 1 撥付。

- (一) 第 1 期款：本方案核定後，由本部通知各衛生局函送領據到部後撥付。

- (二)第 2 期款：由衛生局於 111 年 11 月 30 日前，函送截至 111 年 10 月 31 日之執行成果（如附表 5、6）一式 3 份、經費使用調查表（如附表 7）及領據至部，經本部審查通過後撥付。
- (三)第 3 期款：由衛生局於 112 年 3 月 31 日前，函送截至 112 年 1 月 31 日之執行成果（如附表 5、6）一式 3 份、經費使用調查表（如附表 7）及未撥付數額領據至部，經本部審查通過後，撥付未撥經費。
- (四)經費核銷：由衛生局於方案結束後 2 個月內，函送期末執行成果（附表 5 及附表 6 各一式 3 份），檢附經費收支明細表（如附表 8）正本 2 份，並繳回贖餘款，向本部辦理。

衛生福利部 111 年度「醫事人員及 COVID-19 染疫死亡者家屬 心理健康支持方案」經費分配表

單位：新臺幣元

各直轄市及縣(市)	經費分配	第 1 期款	第 2 期款	未撥經費
臺北市	<u>8,700,000</u>	5,250,000	2,400,000	1,050,000
新北市	<u>2,400,000</u>	2,100,000	0	300,000
桃園市	1,800,000	1,260,000	0	540,000
臺中市	<u>3,000,000</u>	2,240,000	0	760,000
臺南市	2,600,000	1,820,000	780,000	0
高雄市	2,100,000	1,470,000	630,000	0
宜蘭縣	360,000	252,000	108,000	0
新竹縣	390,000	273,000	117,000	0
苗栗縣	<u>210,000</u>	210,000	0	0
彰化縣	750,000	525,000	225,000	0
南投縣	<u>168,000</u>	168,000	0	0
雲林縣	300,000	210,000	90,000	0
嘉義縣	<u>147,000</u>	147,000	0	0
屏東縣	<u>336,000</u>	336,000	0	0
臺東縣	<u>257,000</u>	126,000	54,000	77,000
花蓮縣	510,000	357,000	153,000	0
澎湖縣	48,000	33,600	0	14,400
基隆市	<u>168,000</u>	168,000	0	0
新竹市	480,000	336,000	144,000	0
嘉義市	240,000	168,000	72,000	0
金門縣	36,000	25,200	10,800	0
連江縣	<u>0</u>	0	0	0
合計	25,000,000	17,474,800	4,783,800	2,741,400

衛生福利部

111 年度「醫事人員及 COVID-19 染疫死亡者家屬心理健康支持方案」 醫事人員心理諮商知情同意暨個人資料蒐集同意書

本人

在經過心理諮商機構說明後，瞭解心理諮商服務之內容、風險及益處，並相關權益及規範後，同意參與衛生福利部 111 年度「醫事人員及 COVID-19 染疫死亡者家屬心理健康支持方案」，接受心理諮商服務，若接受之服務為通訊心理諮商，應於進行通訊心理諮商前於鏡頭前出示執業執照以利核對身分，並同意機構拍照保存該畫面以利後續核銷事宜。此外，也願意遵守衛生福利部 111 年度「醫事人員及 COVID-19 染疫死亡者家屬心理健康支持方案」之規定：

- (1)無重複至其他機構接受相同補助之情事，如有不實，願意繳回重複申請補助之款項。
- (2)對於已排定或已預約之心理諮商，如連續2次無故未依約接受心理諮商，將取消補助資格90天。

衛生福利部及_____（心理諮商機構）針對上開本人各項資料，應妥為保管，本人依個人資料保護法第 3 條規定，保留隨時取消本同意書之權利。

心理諮商機構： _____ 立書人： _____
說明人員： _____ 地 址： _____
電 話： _____

若需變更預約心理諮商時間，請撥打_____（心理諮商機構聯繫電話）。

衛生福利部 關心您！

衛生福利部

111 年度「醫事人員及 COVID-19 染疫死亡者家屬心理健康支持方案」 染疫死亡者家屬心理諮商知情同意暨個人資料蒐集同意書

本人

在經過心理諮商機構說明後，瞭解心理諮商服務之內容、風險及益處，並相關權益及規範後，同意參與衛生福利部 111 年度「醫事人員及 COVID-19 染疫死亡者家屬心理健康支持方案」，接受心理諮商服務，若接受之服務為通訊心理諮商，應於進行通訊心理諮商前於鏡頭前出示身分證明文件以利核對身分，並同意機構拍照保存該畫面以利後續核銷事宜。此外，也願意遵守衛生福利部 111 年度「醫事人員及 COVID-19 染疫死亡者家屬心理健康支持方案」之規定：

(1) 本人符合 COVID-19 死亡者家屬心理諮商方案補助對象資格，且無重複至其他機構接受相同補助之情事，如有不實，願意繳回補助款項。

死亡者姓名：_____

死亡者身分證統一編號：_____

與死亡者關係：_____

(2) 對於已排定或已預約之心理諮商，如連續 2 次無故未依約接受心理諮商，將取消補助資格 90 天。

衛生福利部及_____（機構）針對上開本人各項資料，應妥為保管，本人依個人資料保護法第 3 條規定，保留隨時取消本同意書之權利。

心理諮商機構：_____ 立書人：_____

身分證統一編號：_____

說明人員：_____ 電話：_____

地址：_____

若需變更預約心理諮商時間，請撥打_____（心理諮商機構聯繫電話）。

衛生福利部 關心您！

衛生福利部

111 年度「醫事人員及 COVID-19 染疫死亡者家屬心理健康支持方案」
醫事人員滿意度調查表

一、基本資料：

- 1.性別： 男 女
- 2.年齡： 20-29 歲 30-39 歲 40-49 歲 50-59 歲 60 歲以上
- 3.如何得知本方案（可複選）：公會 網路 其他_____
- 4.心理諮商進行方式（可複選）：面對面方式 通訊方式

二、請您依使用本方案心理諮商服務經驗填答下列問題：

	非 常 不 同 意 (1)	不 同 意 (2)	普 通 (3)	同 意 (4)	非 常 同 意 (5)
1.您對面對面心理諮商服務流程感到滿意（無則免填）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.您對於通訊心理諮商服務流程感到滿意（無則免填）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.覺得心理諮商對您是有幫助的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.整體而言，您對於本方案心理諮商服務感到滿意	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

三、其他建議事項：

衛生福利部

111 年度「醫事人員及 COVID-19 染疫死亡者家屬心理健康支持方案」

染疫死亡者家屬滿意度調查表

一、基本資料：

1. 性別： 男 女
2. 年齡： 20-29 歲 30-39 歲 40-49 歲 50-59 歲 60 歲以上
3. 與死亡者關係：配偶 直系血親卑親屬 父母
兄弟姊妹 祖父母 同住者
4. 心理諮商進行方式（可複選）：面對面方式 通訊方式

二、請您依使用本方案心理諮商服務經驗填答下列問題：

	非 常 不 同 意 (1)	不 同 意 (2)	普 通 (3)	同 意 (4)	非 常 同 意 (5)
1. 您對面對面心理諮商服務流程感到滿意（無則免填）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 您對於通訊心理諮商服務流程感到滿意（無則免填）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 覺得心理諮商對您是有幫助的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 整體而言，您對於本方案心理諮商服務感到滿意	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

三、其他建議事項：

衛生福利部 111 年度「醫事人員及 COVID-19 染疫死亡者家屬心理健康支持方案」 申請心理諮商服務之醫事人員清單

申請機構名稱：

機構類別：醫療機構 心理治療所 心理諮商所

年度/月份： 年/ 月至 月

序號	姓名	執業執照字號	合計補助金額	過去已申請補助金額	本次申請補助金額	第 1 次諮商		第 2 次諮商		第 3 次諮商		第 4 次諮商		第 5 次諮商		第 6 次諮商		BSRS 前測分數 <small>註 1</small>	BSRS 後測分數 <small>註 1</small>	是否結案 是/否 <small>註 2</small>	心理諮商服務人員姓名	服務人員執業執照字號	
						日期 <small>月/日</small>	通訊方式執行 是/否	日期 <small>月/日</small>	通訊方式執行 是/否	日期 <small>月/日</small>	通訊方式執行 是/否	日期 <small>月/日</small>	通訊方式執行 是/否	日期 <small>月/日</small>	通訊方式執行 是/否	日期 <small>月/日</small>	通訊方式執行 是/否						
1																							
2																							
3																							
總計																							

製表人：

機構負責人：

註 1：BSRS 前測分數為第一次心理諮商前評估之 BSRS-5 分數，BSRS 後測分數為最後一次諮商結束後或結案前評估，若因故停止心理諮商則無需填答後測分數。

註 2：結案前請個案匿名填答滿意度調查表，並依結案人數檢具完成填答之滿意度調查表，若因故未填答者請註明。

衛生福利部 111 年度「醫事人員及 COVID-19 染疫死亡者家屬心理健康支持方案」 申請心理諮商服務之染疫死亡者家屬清單

申請機構名稱：

機構類別：醫療機構 心理治療所 心理諮商所

年度/月份： 年/ 月至 月

序 號	姓名	身分證 統一編 號	合計 補助 金額	過去 已申 請補 助金 額	本次 申請 補助 金額	第 1 次諮商		第 2 次諮商		第 3 次諮商		第 4 次諮商		第 5 次諮商		第 6 次諮商		BSRS 前測 分數 <small>註 1</small>	BSRS 後測 分數 <small>註 1</small>	是 否 結 案 <small>是/否 註 2</small>	心理 諮商 服務 人員 姓名	服務 人員 執業 執照 字號	
						日 期 月/日	通 訊 方 式 執 行 是/否	日 期 月/日	通 訊 方 式 執 行 是/否	日 期 月/日	通 訊 方 式 執 行 是/否	日 期 月/日	通 訊 方 式 執 行 是/否	日 期 月/日	通 訊 方 式 執 行 是/否	日 期 月/日	通 訊 方 式 執 行 是/否						
1																							
2																							
3																							
總計																							

製表人：

機構負責人：

註 1：BSRS 前測分數為第一次心理諮商前評估之 BSRS-5 分數，BSRS 後測分數為最後一次諮商結束後或結案前評估，若因故停止心理諮商則無需填答後測分數。

註 2：結案前請個案匿名填答滿意度調查表，並依結案人數檢具完成填答之滿意度調查表，若因故未填答者請註明。

衛生福利部

111 年度「醫事人員及 COVID-19 染疫死亡者家屬心理健康支持方案」

醫事人員申請心理諮商服務明細

姓名：

執業執照字號：

提供心理諮商服務機構名稱：

心理諮商知情同意暨個人資料蒐集同意書檔案名稱：

服務次 數	日期 年/月/日	心理諮商服務 提供人員姓名	面對面方式執行	通訊方式執行	
			簽名	是/否	檔案名稱
1					
2					
3					
4					
5					
6					

衛生福利部

111 年度「醫事人員及 COVID-19 染疫死亡者家屬心理健康支持方案」

染疫死亡者家屬申請心理諮商服務明細

姓名：

身分證統一編號：

提供心理諮商服務機構名稱：

心理諮商知情同意暨個人資料蒐集同意書檔案名稱：

服務次 數	日期 年/月/日	心理諮商服務 提供人員姓名	面對面方式執行	通訊方式執行	
			簽名	是/否	檔案名稱
1					
2					
3					
4					
5					
6					

衛生福利部 111 年度「醫事人員及 COVID-19 染疫死亡者家屬心理健康支持方案」

附表 5

衛生局期中/期末執行成果統計（醫事人員）

縣市/衛生局：

年度/月份： 年/ 月至 月

序號	姓名	執業執照字號	總補助金額	第 1 次諮商		第 2 次諮商		第 3 次諮商		第 4 次諮商		第 5 次諮商		第 6 次諮商		BSRS 前測分數	BSRS 後測分數	是否結案 是/否	執行單位類別 醫療機構/ 心理治療所/ 心理諮商所	心理諮商服務人員姓名	服務人員執業執照字號
				日期 月/日	通訊方式執行 是/否	日期 月/日	通訊方式執行 是/否	日期 月/日	通訊方式執行 是/否	日期 月/日	通訊方式執行 是/否	日期 月/日	通訊方式執行 是/否	日期 月/日	通訊方式執行 是/否						
1																					
2																					
3																					
總計																					

總補助人數：		總服務人次：		以通訊方式提供服務人次：	
醫療機構提供服務人次：		心理治療所提供服務人次：		心理諮商所提供服務人次：	
精神科醫師服務人次：		臨床心理師服務人次：		諮商心理師服務人次：	
結案人數：		滿意度調查表回收數量：		滿意度分數平均(註)：	

承辦人：

權責主管：

註：滿意度分數平均為滿意度調查表：「4.整體而言，您對於本方案心理諮商服務感到滿意」，該題之分數平均（分數應為 1 分至 5 分之間）。

衛生福利部 111 年度「醫事人員及 COVID-19 染疫死亡者家屬心理健康支持方案」

附表 6

衛生局期中/期末執行成果統計（染疫死亡者家屬）

縣市/衛生局：

年度/月份： 年/ 月至 月

序號	姓名	身分證統一編號	總補助金額	第 1 次諮商		第 2 次諮商		第 3 次諮商		第 4 次諮商		第 5 次諮商		第 6 次諮商		BSRS 前測分數	BSRS 後測分數	是否結案 是/否	執行單位類別 醫療機構/ 心理治療所/ 心理諮商所	心理諮商服務人員姓名	服務人員執業執照字號
				日期 月/日	通訊方式執行 是/否	日期 月/日	通訊方式執行 是/否	日期 月/日	通訊方式執行 是/否	日期 月/日	通訊方式執行 是/否	日期 月/日	通訊方式執行 是/否	日期 月/日	通訊方式執行 是/否						
1																					
2																					
3																					
總計																					

總補助人數：		總服務人次：		以通訊方式提供服務人次：	
醫療機構提供服務人次：		心理治療所提供服務人次：		心理諮商所提供服務人次：	
精神科醫師服務人次：		臨床心理師服務人次：		諮商心理師服務人次：	
結案人數：		滿意度調查表回收數量：		滿意度分數平均(註)：	

承辦人：

權責主管：

註：滿意度分數平均為滿意度調查表：「4.整體而言，您對於本方案心理諮商服務感到滿意」，該題之分數平均（分數應為 1 分至 5 分之間）。

111 年度「醫事人員及 COVID-19 染疫死亡者家屬心理健康 支持方案」經費使用調查表

期間：111 年 8 月 18 日至 000 年 0 月 00 日

單位：新臺幣元

編號	縣市	暫核定金額 (A)	截至 0 年 0 月 0 日止 已使用經費	預估方案 總使用經費 (B)	預估本方案賸餘 或不足額度
					(C) = (A) - (B) (賸餘用+， 不足用-表示)
1	臺北市	8,700,000			
2	新北市	2,400,000			
3	桃園市	1,800,000			
4	臺中市	3,000,000			
5	臺南市	2,600,000			
6	高雄市	2,100,000			
7	宜蘭縣	360,000			
8	新竹縣	390,000			
9	苗栗縣	210,000			
10	彰化縣	750,000			
11	南投縣	168,000			
12	雲林縣	300,000			
13	嘉義縣	147,000			
14	屏東縣	336,000			
15	臺東縣	257,000			
16	花蓮縣	510,000			
17	澎湖縣	48,000			
18	基隆市	168,000			
19	新竹市	480,000			
20	嘉義市	240,000			
21	金門縣	36,000			
22	連江縣	0			
	合計	25,000,000			

衛生福利部 111 年度「醫事人員及 COVID-19 染疫 死亡者家屬心理健康支持方案」

收 支 明 細 表

受補助單位：○○○○○

經費預算核撥數	核撥 (結報)	第一次核撥日期 ----年----月----日 金額 \$ 元	第二次核撥日期 ----年----月----日 金額 \$ 元	
			第一次餘(絀)數 金額 \$ 元	第二次餘(絀)數 金額 \$ 元
		第一次結報日期 ----年----月----日 金額 \$ 元	第二次結報日期 ----年----月----日 金額 \$ 元	
	醫事人員補助款			
	染疫死亡者家屬 補助款			
	小計			
	餘(絀)數			
	備註	利息收入：\$0 元、其他衍生收入：\$0 元，(經費結報時，利息金額為 300 元以下者，得留存受補(捐)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

單位首長

(簽約代表人)