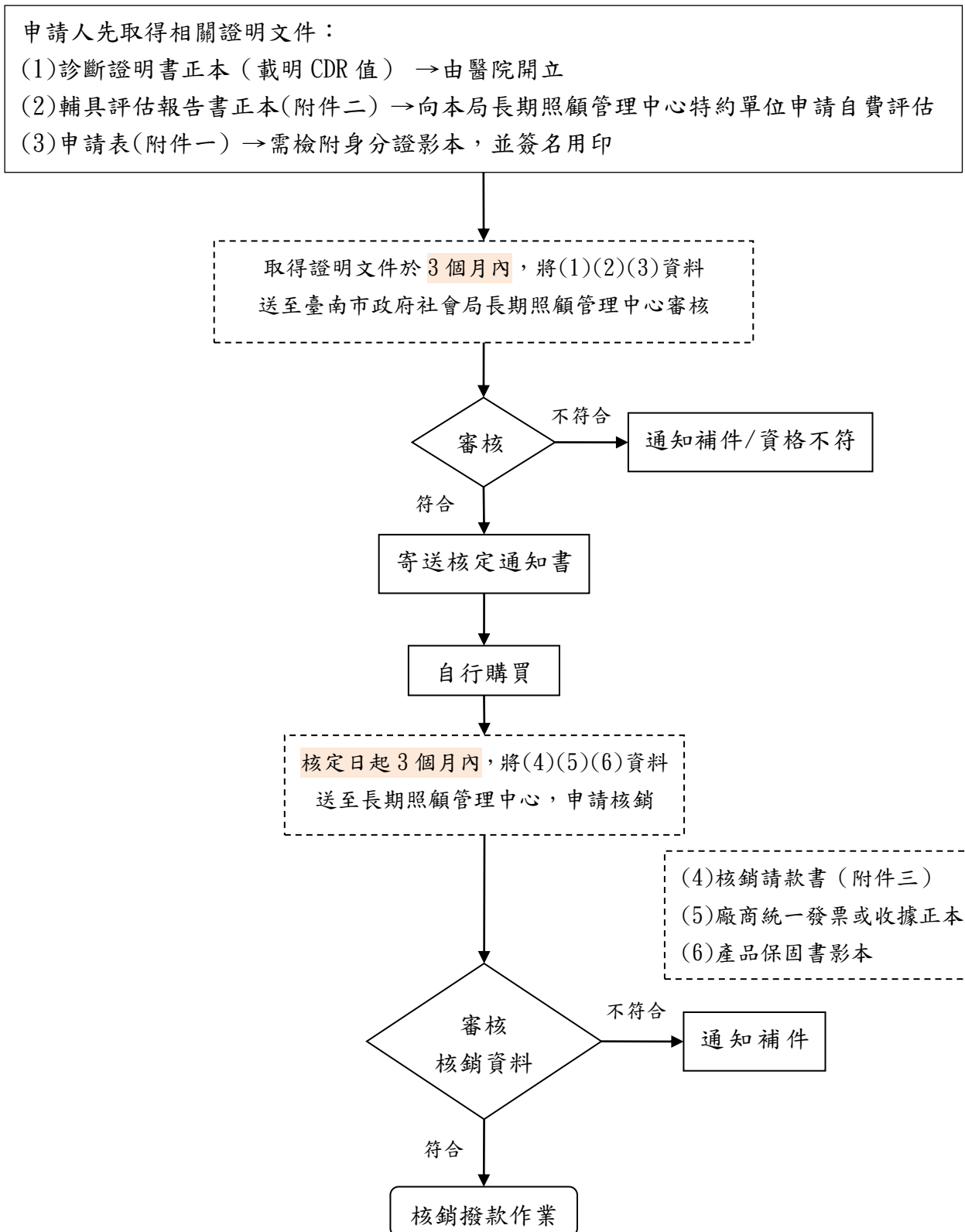


臺南市政府辦理失智守護（防走失）個人衛星定位器補助計畫

- 一、目的：臺南市 65 歲以上人口增加速度趨快，惟因家庭結構改變，家庭照顧能力逐漸薄弱，營造失智友善環境，是現今社會立即面臨的重要議題。本市從失智症者家屬最為擔心之基礎安全問題著手，協助居住本市失智症民眾，於走失時儘早獲得協助，特訂定本計畫補助。
- 二、主辦單位：臺南市政府社會局（以下簡稱本局）。
- 三、申請時間：自公告日起至 111 年 11 月 30 日或費用用罄為止。
- 四、對象資格：設籍於本市之失智症者（且未具有申請身心障礙者輔具個人衛星定位器費用補助資格）。
- 五、申請代辦人資格：應檢具與申請者之關係證明，並取得委託同意書等文件。
- 六、申請方式及流程：
 - （一）將「申請表」（附件一）、「診斷證明書（載明 CDR 值）」及距申請日 3 個月內之「輔具評估報告書」（附件二）送至本局長期照顧管理中心，本局收到完整申請文件後，將於一週內寄出核定通知書予資格符合者。
 - （二）申請人收到核定通知書後，應於核定日 3 個月內完成輔具購買並辦理核銷作業，於 9 月份後申請者，最遲應於 11 月 30 日前申請核銷，逾期恕不受理。
 - （三）購買符合規格之個人衛星定位器後，將「核銷請款書」（附件三）、「廠商統一發票或收據正本」、「產品保固書影本」送至本局長期照顧管理中心辦理核銷。
 - （四）本局長期照顧管理中心受理核銷申請後，將補助款匯入所提供之帳戶。

失智守護（防走失）個人衛星定位器補助申請流程圖



- 七、評估規定：經本局長期照顧管理中心特約輔具評估服務單位之甲類、丁類輔具評估人員（以本中心網站最新公告為主：<https://reurl.cc/mG19pj>）開立輔具評估報告書（附件二）。
- 八、規格或功能規範：所購買之個人衛星定位器應符合下列所有規範或功能之二年服務保用及產品保固，每人(台)最高補助金額 1 萬元整。
- (一) AGPS 之衛星定位。
 - (二) 地點查詢服務。
 - (三) 電池待機超過七十二小時。
 - (四) 緊急求援功能。
 - (五) 雙向通話功能。
- 九、應備文件：
- (一) 申請表（附件一）。
 - (二) 診斷證明書（載明 CDR 值）正本。
 - (三) 申請日 3 個月內評估報告書正本（附件二）。
 - (四) 核銷請款書（附件三）。
 - (五) 核定日起 3 個月內廠商統一發票或收據正本。
 - (六) 產品保固書影本。
- 十、聯絡電話：(06)293-1232，臺南市政府社會局長期照顧管理中心
- 十一、送件地址：70847 臺南市安平區中華西路二段 315 號 6 樓，請備註「申請個人衛星定位器補助」。
- 十二、經費來源：臺南市公益彩券基金盈餘分配基金。

臺南市失智守護（防走失）個人衛星定位器補助申請表

申請使用者姓名		蓋章	身分證字號		診斷日期	年 月 日	CDR 值	
出生年月日	民國_____年_____月_____日				聯絡電話			
核定書送達地址	□□□□-□□ (與戶籍地不同者，請以正楷寫清楚)							
代理人姓名		蓋章	身分證字號		與申請人關係	聯絡電話		
申請輔具項目名稱		個人衛星定位器						
注意事項	1. 輔具申請流程採「事前申請制」，申請之輔具項目須經過評估、核定後始得購買。 2. 應依本局核准之輔具項目確實購置並實際使用且不得轉(變)賣，並於 最低使用年限 2 年 內接受本局輔具使用追蹤與輔導輔具使用情形。 3. 以詐術或其他不法行為申請或領取補助者，本府將不予補助，已補助者本府將追回之。涉及刑責者移送司法機關辦理。							
應備文件確認	請勾選： <input type="checkbox"/> 1. 申請人國民身分證正反面 影本 。 <input type="checkbox"/> 2. 三個月內醫院醫師診斷證明書 正本 （須載明 CDR 值）。 <input type="checkbox"/> 3. 三個月內輔具評估報告書 正本 。 <input type="checkbox"/> 4. 其他應附文件（代理人須附國民身分證正反面 影本 、關係證明(如戶籍謄本等)及委託書）。 文件備齊日_____年_____月_____日							
* 以下由審核單位填寫 *								
審核位	1. 收件日：_____年_____月_____日 2. 文件是否完備且正確： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，原因：_____。 3. 經查詢全國社會福利資源整合系統，該申請人 <input type="checkbox"/> 未領有身心障礙證明 <input type="checkbox"/> 領有身心障礙證明，但不具申請身障輔具—個人衛星定位器之資格。							
審核結果	<input type="checkbox"/> 符合本市失智守護（防走失）個人衛星定位器補助標準規定，核定補助之輔具為： <u>個人衛星定位器</u> ，最高補助上限為新臺幣 1 萬元，最低使用年限 <u>2</u> 年。 <input type="checkbox"/> 不符合本市失智守護（防走失）個人衛星定位器補助標準規定，退件原因： _____。							
審核人員	承辦人			股長		主任		
	督導							

附註：請依序裝訂 1. 申請表 2. 委託書 3. 診斷證明書 4. 評估報告書 5. 其他

*送件地址：臺南市政府社會局長照顧管理中心、服務電話：(06)2931232 (70847 臺南市安平區中華西路二段 315 號 6 樓)

申請補助委託書

申請人(身分證)	
【申請人身分證影本正面】	【申請人身分證影本反面】
代理人(代理人身分證)	
【代理人身分證影本正面】	【代理人身分證影本反面】
委託事項	
<p>本人茲因 <input type="checkbox"/>生病或行動不便 <input type="checkbox"/>工作 <input type="checkbox"/>不識字 <input type="checkbox"/>其他_____，無法親自辦理本項補助申請，特委託_____（代理人）與申請人關係_____（請註明）辦理並檢具委託書及相關證件影本。</p> <p>※ 本人（申請人）已詳閱本表並確實填寫（提供）上述資料無誤，如有不實，除停止本補助外，已撥付之款項應全數繳回，如涉及不法者，依法辦理。</p> <p>申請人簽名： 蓋章：</p> <p>代理人簽名： 蓋章：</p>	
申請及委託日期： 中華民國 年 月 日	

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：11

輔具項目名稱：個人衛星定位器

一、基本資料

1. 姓名：	2. 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
3. 國民身分證統一編號：	4. 生日： 年 月 日
5. 戶籍地： 縣(市) 鄉鎮市區 村(里) 路(街) 段 巷 弄 號 樓	
6. 聯絡地址： <input type="checkbox"/> 同戶籍地(下列免填) 縣(市) 鄉鎮市區 村(里) 路(街) 段 巷 弄 號 樓	
7-1. 是否領有身心障礙手冊/證明： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
7-2. (舊制)身心障礙手冊類別：	
<input type="checkbox"/> 肢體障礙： <input type="checkbox"/> 上肢(手) <input type="checkbox"/> 下肢(腳) <input type="checkbox"/> 軀幹 <input type="checkbox"/> 四肢	
<input type="checkbox"/> 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 聽覺機能障礙 <input type="checkbox"/> 平衡機能障礙 <input type="checkbox"/> 聲音或語言機能障礙	
<input type="checkbox"/> 智能障礙 <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能 <input type="checkbox"/> 顏面損傷者 <input type="checkbox"/> 植物人 <input type="checkbox"/> 失智症	
<input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 慢性精神病患者 <input type="checkbox"/> 頑性(難治型)癲癇症	
<input type="checkbox"/> 多重障礙者(須註明障礙類別與等級)：_____	
<input type="checkbox"/> 經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙	
<input type="checkbox"/> 其他經中央主管機關認定之身心障礙類別： <input type="checkbox"/> 染色體異常 <input type="checkbox"/> 先天代謝異常 <input type="checkbox"/> 其他先天缺陷	
7-3. (新制)身心障礙分類系統：	
<input type="checkbox"/> 神經系統構造及精神、心智功能 <input type="checkbox"/> 眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛	
<input type="checkbox"/> 涉及聲音與言語構造及其功能 <input type="checkbox"/> 循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能	
<input type="checkbox"/> 消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 泌尿與生殖系統相關構造及其功能	
<input type="checkbox"/> 神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 皮膚與相關構造及其功能	
8. 障礙等級： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度	
9. 聯絡人：姓名： _____ 與身心障礙者關係： _____ 聯絡電話： _____	
10. 居住情況： <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 與親友同住 <input type="checkbox"/> 安置機構 <input type="checkbox"/> 其他：_____	

二、使用評估

- 使用目的與活動需求(可複選)：日常生活 醫療 就學 就業 休閒與運動
- 輔具使用環境(可複選)：室內 戶外 社區、公園或學校 隨時配戴
- 目前使用的個人衛星定位器：
 - 已使用：_____年_____月(尚未使用者免填) 使用年限不明
 - 輔具來源：自購 社政 勞政 教育 其他：_____

(3)目前使用情形：已損壞不堪修復，需更新

規格或功能不符使用者現在的需求，需更換

部分損壞或需要調整，可進行修復或調整

仍符合使用者現在之使用需求，無需購置

其他：_____

(4)目前主要照顧者：_____ 與個案關係：_____ 年齡：_____

是否能協助個案使用此輔具：是 否

4. 獨立外出移動：能獨立外出行走

使用輔具下能獨立外出移動(行動輔具：_____)

其他：_____

5. 曾有走失事實：無 有，次數：_____次

6. 定位(定向)能力：無定位(定向)困難

地點定位(定向)障礙-有覺察自己所處地點的困難(例如無法準確表達自己目前所處週遭的環境)，無法以適當方式或路徑返家

人物定位(定向)障礙-有覺察目前所處環境中他人身份的困難

自我定位(定向)障礙-有覺察自己身份的困難(例如無法準確表達自己的身份)

其他：_____

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

<input type="checkbox"/> 個人衛星定位器	※應符合下列所有規範或功能之 2 年服務保用及產品保固 (1)AGPS 之衛星定位 (2)地點查詢服務 (3)電池待機超過 72 小時 (4)緊急求援功能 (5)通話功能
	<input type="checkbox"/> 其他配置建議：_____

2. 是否需要接受使用訓練：需要 不需要

3. 是否需要安排追蹤時間：需要 不需要

4. 其他建議事項：_____

四、補助建議【本評估報告書建議之輔具需經主管機關核定通過後方可購置】

個人衛星定位器之建議：

建議使用，補充說明：_____

不建議使用，理由：_____

評估單位：_____

評估人員：_____ 職稱：_____

評估日期：_____

評估單位用印

五、檢核與追蹤紀錄

1. 輔具採購結果是否符合原處方輔具：

完全符合

功能、形式與原處方符合，部分規格及零配件略有出入，但大致符合

功能、形式或規格與原處方有顯著差異，不符原處方精神

其他：_____

2. 修改、調整與使用訓練：

無須修改及調整

經修改調整後以符合使用需求

建議配合使用訓練以期能安全操作

檢核單位：_____

檢核人員：_____ 職稱：_____

檢核日期：_____

檢核單位用印

臺南市失智守護（防走失）個人衛星定位器補助核銷請款書

附件三

文件備齊日： 年 月 日（核1）

申請人姓名		身分證字號		聯絡電話	
代理人姓名		與申請人關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬 <input type="checkbox"/> （其他）_____		
戶籍地址					
聯絡地址					
應備文	備件 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. 本府審核通過核定通知書影本。 <input type="checkbox"/> 2. 申請人之存摺封面影本。（須5年內仍有使用之存戶、非禁止戶之戶名及帳號；若非身心障礙者本人帳戶，則需填同意書）。 <input type="checkbox"/> 3. 統一發票或收據正本（出具收據廠商需為國稅局核定免用統一發票者並加蓋免用統一發票章）。 <input type="checkbox"/> 4. 領款收據。 <input type="checkbox"/> 5. 輔具照片。（至少1張彩色列印） <input type="checkbox"/> 6. 輔具供應商出具保固書之影本（保固書正本由申請人留存）。保固書應載明產品規格（含所定輔具之規格或功能規範內容）、型號、序號、保固年限及起迄日期（含年、月、日）、輔具供應商行號名稱與統一編號及負責人姓名、保固服務聯繫電話，並應標示經中央主管機關醫療器材查驗合格之登記字號及其他必要資訊。 <input type="checkbox"/> 7. 其他應備文件。 <p style="text-align: center;">*申請人須自公文核定日起3個月內遞送核銷請款書，以文件備齊並送達時間為準*</p>				
切結書	茲具結_____確實已購買本府核定補助之輔助器具，並已在使用中，另本人（申請人）已詳閱本表並確實填寫（提供）上述資料無誤，如有不實，除停止本補助外，已撥付之款項應全數繳回，如涉及不法者，依法辦理。並同意本案核定金額，由臺南市政府社會局匯至本人帳戶。 本人（申請人）簽名：_____ 蓋章： <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div> 申請及切結日期：_____年_____月_____日				
代理申請委託（授權）書					
本人（申請人）：_____【簽章】已瞭解並將申請本辦法及基準表相關規定事宜，委託（授權）代理人：_____【簽章】（關係：_____）代為申請，如有糾紛，概由本人與代理人自行議處；如有因虛報不實經查獲者，雙方並負相關法律責任。					
核定輔具	個人衛星定位器				
	代理人身分證正面影本浮貼處		代理人身分證反面影本浮貼處		
備註	1. 由申請人家屬代理者，須檢附足資證明親屬關係之證明文件（如戶籍謄本、身分證等）。 2. 由機構、村里長或其他公益單位代理者，委託書須加蓋單位大小章、村里長章或檢附其他足資證明申請人身份之證明文件。				

附註：請依序裝訂（以下表格請單面使用）1. 輔具補助核銷請款書 2. 核定通知書影本 3. 核銷資料黏貼表正本 4. 領款收據、同意書 5. 輔具供應商出具保固書 6. 黏貼表輔具照片 7. 其他

<p>【存簿持有人身分證影本正面】 浮 貼 處</p> <p>請檢查身分證字號是否清楚。</p>	<p>【存簿持有人身分證影本背面】 浮 貼 處</p>
--	---------------------------------

<p>【存簿儲金封面影本】 浮 貼 處</p> <p>2. 存戶需先確定5年內仍有使用，存簿儲金封面影本請檢查局號帳號是否清楚。</p>	<p>簽名：_____</p> <p>蓋章：<input style="width: 40px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/></p>
--	--

存簿持有人姓名	身分證字號	與申請人關係	局號	帳號

↑申請人本人存簿請填領據，家屬存簿請填領據及同意書。

<p>發 票 （ 或 收 據 ） 浮 貼 處</p>	<p>3. 發票(或收據或免費統一發票收據) 請檢查是否蓋妥統一發票章及負責人章（電子發票正本及影本各乙張同貼於空白處，並請買受人寫上品名並簽名蓋章，收銀機發票需加蓋統一發票章並請買受人寫上品名且簽名蓋章）</p>
--	---

領款收據

(核3)

茲收到臺南市失智守護（防走失）個人衛星定位器補助費計新臺幣_____萬_____千_____百_____拾_____元整，前款已如數領訖，所送各項憑證若經查核有不符規定情事，本人願負一切法律責任並自願退還所領取之補助費，絕無異議。

此致

臺南市政府社會局

領款人：



(存簿持有人簽章)

身分證號碼：

住址：

電話：

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

同 意 書

(核4)

申請人_____申請失智守護（防走失）個人衛星定位器，因行動不便，無法至郵局、農會或銀行辦理存摺，懇請准予轉帳家屬_____（與家屬關係：_____）存摺，局號_____帳號_____，經查有不實情形，本人願負一切法律責任，繳回所有補助金而無異議。

此致

臺南市政府社會局

申請人：



(簽章)

身分證字號：

電話：

住址：

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

臺南市核銷輔具費用補助之輔具照片黏貼處 (至少1張彩色列印) (核5)
