

# 臺南市政府 110 年度補助原住民長者敬老好視界 實施計畫

## 壹、計畫依據

「原住民族基本法第二十六條」。

## 貳、計畫目的

為適時矯正長者視力，減輕眼睛負擔及延緩視力退化，舒緩長者睫狀肌過度收縮引起的眼睛不適情形，並減少老花眼鏡配鏡費用之經濟負擔，維持長者基本生活品質，增進社會參與活動意願，爰補助本市 55 歲以上原住民長者或 40 歲以上未滿 55 歲中低收入、低收入戶原住民配置老花眼鏡，促進其老年健康及社會福利福祉。

## 參、辦理單位

補助單位：臺南市政府社會局

承辦單位：臺南市政府原住民族事務委員會

協辦單位：臺南市驗光師公會、特約眼鏡行附設驗光所、中華醫事科技大學(視光系、原住民族學生資源中心)

## 肆、實施地區

臺南市全(37)區

## 伍、原住民族長者需求情形

- 一、截至 110 年 10 月為止，設籍本市族人共有 8,615 人，人口分布以永康區(2,091 人)最多，東區(887 人)次之；55 歲以上原住民籍人口共計 1,210 人。本市列冊照顧 40 歲以上未滿 55 歲之低收入及中低收入戶人數共計 161 人。
- 二、預計補助 100 位原住民長者配置老花眼鏡，每人補助額度上限 1,000 元，每人限申請 1 次。

## 陸、辦理方式（包含申請程序、申請流程圖、補助類別、單價及數量、審核及監督機制）

### 一、申請程序：

（一）服務對象：年滿 55 歲以上原住民或 40 歲以上未滿 55 歲中低收入、低收入戶原住民：

1、設籍本市且經特約眼鏡行附設驗光所之驗光師評估需配戴老花眼鏡，且未曾申請其他配鏡補助者。

2、服務對象任何年度已申請過配鏡補助者，不得提出申請。

（二）程序：

#### 1、提出申請：

(1)向特約驗光所提出：攜帶戶口名簿影本(或戶籍謄本)，逕向特約眼鏡行附設驗光所提出申請，申請期限至 110 年 12 月 24 日前，或經費用罄即截止申請。

(2)參加本會行動驗光車活動：於本會 12 月 5 日聖誕點燈活動、12 月 11 日原住民日活動、12 月 24 日文健站成果展活動現場，攜帶戶口名簿影本(或戶籍謄本)，由中華醫事科技大學及驗光師公會所派之驗光師提供視力保健服務進行初篩，如有配鏡需求，將轉介至特約眼鏡行附設驗光所驗光與配鏡服務。

(3)如為 40 歲以上未滿 55 歲之中低收或低收入戶族人，需檢附區公所開立之證明文件。

(4)族人居住之鄰近地區如無特約眼鏡行附設驗光所，由本府原住民關懷員統計資料後，專案安排行動驗光車(驗光師公會派遣驗光師並報請衛生局同意後)前往開立驗光處方及提供配鏡服務。

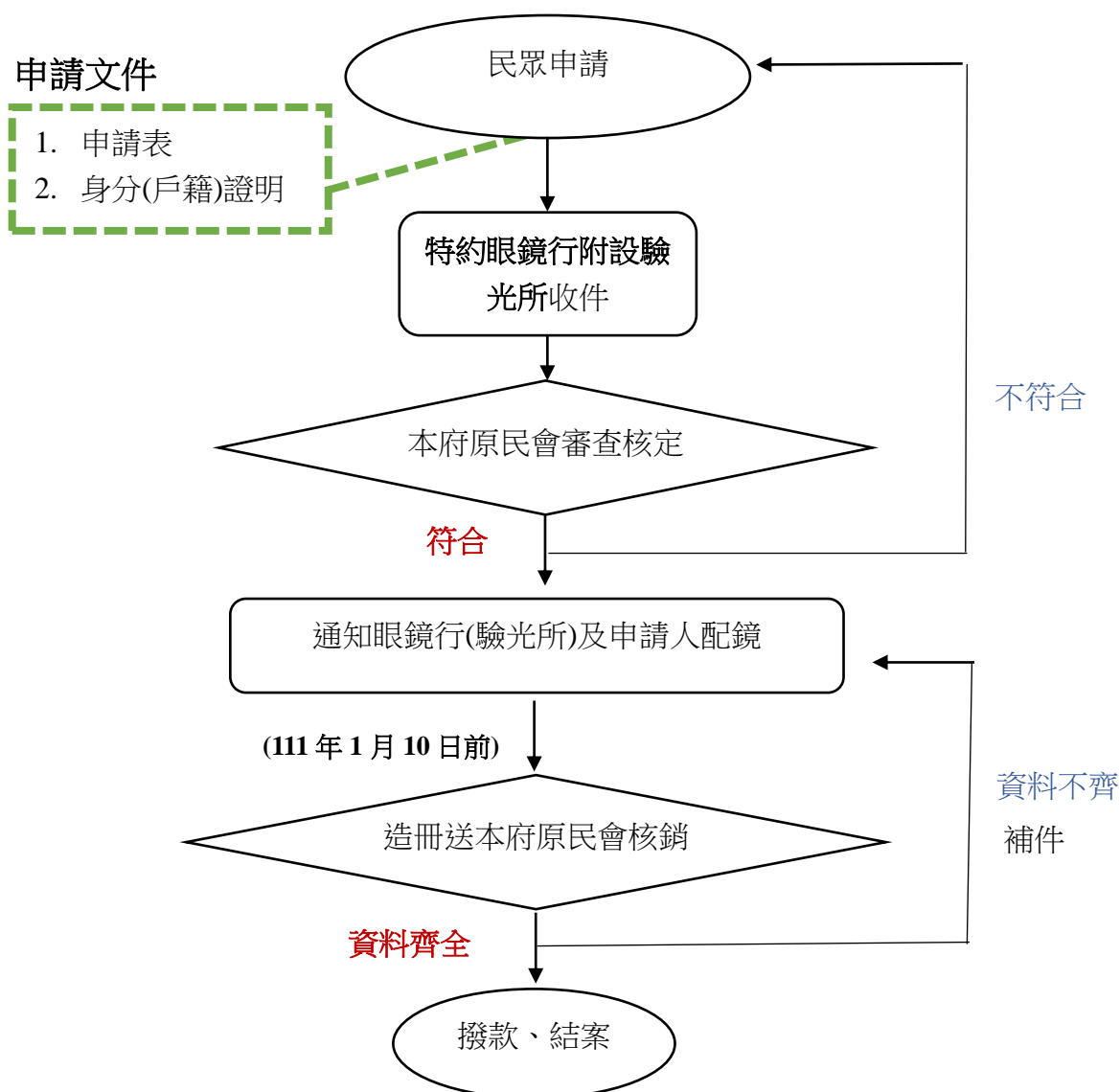
(5)本府將視經費及族人申請情形，適時增加其他場次行動驗光車服務，並公告於本會網站上。

2、視力檢查：由特約眼鏡行附設驗光所具合格驗光師證書之驗光師提供視力檢查及配鏡諮詢服務，並協助申請者填具申請書【附件 1】及審核表【附件 2】後，併同估價單、戶籍資料等文件，於 110 年 12 月 27 日前送本府審

核。

- 3、**配戴眼鏡**：審核通過後，申請者及申請之特約眼鏡行附設驗光所，於接獲核定函起始得配鏡。
- 4、**補助請款**：由特約眼鏡行(附設驗光所)檢具原申請文件、核定函影本、收據憑證、名冊【附件 3】及滿意度調查表【附件 4】，向本府申領款項。

## 二、申請流程圖：



## 柒、服務品質監督機制

一、服務品質：「服務提供單位」應提供視力檢查、配鏡後續保固服務。

(一) 「服務提供單位」：由具有合格驗光師證書、開業執照及執業執照，且為本計畫特約眼鏡行附設驗光所之驗光師擔任。

(二) 提供之服務應包含視力檢查、配鏡後至少 6 個月保固及調整服務，以保障服務品質。

二、服務對象及診所若有填報不實、隱匿事實、溢領補助或違反相關法令情事者，其所領取之補助，由本府以書面命本人或其法定繼承人於三十日內返還；屆期未返還者，依法移送強制執行，涉及刑責者移送司法機關辦理。

## 捌、預期效益

### 一、 量化效益：

補助本市 55 歲以上原住民族長者或 40 歲以上未滿 55 歲中低收入、低收入戶原住民配置老花眼鏡，預計提供 100 人配鏡服務。

### 二、 質化效益：

減輕本市原住民族長者，眼睛負擔及延緩視力退化，舒緩長者睫狀肌過度收縮引起的眼睛不適情形，並減少老花眼鏡配鏡費用之經濟負擔，維持長者基本生活品質，增進其社會參與活動意願，使本市之原住民長者能有更健康的老年生活。

## 臺南市政府 110 年度補助原住民長者敬老好視界申請表

收件日期： 年 月 日

|                |      |  |      |    |   |   |
|----------------|------|--|------|----|---|---|
| <b>申請人基本資料</b> | 姓名   | 性別   | 出生日期 | 年  | 月 | 日 |
|                |      | 身分證字號  |      | 族別 |   |   |
|                | 電話   |  | 手機   |    |   |   |
|                | 戶籍地址 |  |      |    |   |   |
|                | 居住地址 | <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 另列如右： |      |    |   |   |

本人\_\_\_\_\_茲申請「補助原住民長者敬老好視界」，已充分了解並符合本計畫申請補助對象資格規定，且從未申請其他配鏡補助，並同意由特約眼鏡行附設驗光所代為申請補助款做為配鏡費用。上述所填各項資料均完全屬實，並同意提供貴府查詢確認本人身分使用；如經查證以詐欺或其他不正當行為或虛偽之證明申請補助費用者，應負一切法律責任，並返還已支付之補助經費，特此切結。

本人或家屬經驗光師\_\_\_\_\_詳細說明後，已確實瞭解申請計畫補助金額上限為壹仟元，對於超出補助上限之費用共計新臺幣\_\_\_\_\_元，願以自費方式負擔。

(如為代理申請，代理人應將表內事項詳細告知申請人)

此致 臺南市政府

申請人(代理人)簽章：\_\_\_\_\_

與申請人關係：\_\_\_\_\_

身分證字號：\_\_\_\_\_

戶籍地址：\_\_\_\_\_

申請日期： 年 月 日

## 臺南市政府 110 年度補助原住民長者敬老好視界審核表

眼鏡行(附設驗光所)名稱：\_\_\_\_\_ 統一編號：\_\_\_\_\_

眼鏡行(附設驗光所)地址：\_\_\_\_\_ 驗光師姓名：\_\_\_\_\_

| 配 鏡 計 畫 內 容    |  |                      |           |                  |             |              |
|----------------|--|----------------------|-----------|------------------|-------------|--------------|
| 眼鏡<br>驗光<br>資料 | 眼鏡用途：  |                      |           |                  |             |              |
|                |  | SPH(球面度數)            | CYL(散光度數) | X                | AXIS(散光軸度)  | ADD(老花加入度)   |
|                | OD-Right<br>(右眼度數)   |                      |           | X                |             |              |
|                | OS-Left<br>(左眼度數)  |                      |           | X                |             |              |
|                | PD 值(兩眼瞳孔距離)： FPD 值：__ mm / NPD 值：__ mm  |                      |           |                  |             |              |
| 需求<br>項目       | 項目   |                      |           |                  | 自費金額        | 補助金額         |
|                |  |                      |           |                  |             |              |
|                |  |                      |           |                  |             |              |
|                |  |                      |           |                  |             |              |
|                | 合計預估總金額  |                      |           |                  |             |              |
|                | 申請補助金額   |                      |           |                  |             | (上限 1,000 元) |
| 備 註 說 明        |  |                      |           |                  |             |              |
|                |  |                      |           |                  |             |              |
| 負責<br>驗光師簽章    |  | 眼鏡行<br>(附設驗光所)<br>蓋章 |           | 申請者<br>同意簽章      | (簽名或蓋章或捺指印) |              |
| 臺南市政府<br>審 核   | <input type="checkbox"/> 通過，核定金額：_____ 元。<br>核定公文 _____ 年 _____ 月 _____ 日<br>府原社字第 _____ 號函。 |                      |           | 臺 南 市 政 府<br>核 章 |             |              |

臺南市政府 110 年度補助原住民長者敬老好視界印領清冊

| 編號 | 申請者姓名 | 出生日期 | 身分證字號 | 族別 | 電話 | 地址 | 核定經費 | 核定文號 |
|----|-------|------|-------|----|----|----|------|------|
|    |       |      |       |    |    |    |      |      |
|    |       |      |       |    |    |    |      |      |
|    |       |      |       |    |    |    |      |      |
|    |       |      |       |    |    |    |      |      |
|    |       |      |       |    |    |    |      |      |
|    |       |      |       |    |    |    |      |      |
|    |       |      |       |    |    |    |      |      |
| 合計 |       |      |       |    |    |    | 新臺幣  | 元    |

\*實收金額將扣除 10%代扣所得稅、轉帳手續費(臺灣銀行帳戶無須轉帳手續費)\*

眼鏡行(附設驗光所)名稱： (簽章)  
 負責人： (簽章)  
 眼鏡行統一編號：  
 地址：  
 電話：  
 匯款銀行/分行：  
 匯款帳戶：  
 匯款帳號：

匯款帳戶影本黏貼處



臺南市政府  
110 年度補助原住民長者敬老好視界  
滿意度問卷調查表

親愛的長輩您好：感謝您撥冗填寫這份問卷，這份問卷主要是想了解您對於補助配置老花眼鏡措施的滿意情形，請您依照自己的實際情形回答，並在最適當的答案□裡打✓。您的寶貴意見，對於政府施政會有很大的幫助。本項調查並不會洩露您個人資料，請放心填答，在此感謝您的協助。

一、基本資料：

(一) 年齡層：40-54 歲 55-64 歲 65 歲以上

(二) 性別：男性 女性

(三) 族別：\_\_\_\_\_族

(四) 戶籍地：\_\_\_\_\_縣、市\_\_\_\_\_鄉、鎮、市、區

二、請問您從何處知道本項補助計畫（可複選）：

電視 報紙 網路 縣市政府 眼鏡行 鄰里長

親朋好友 行動驗光車活動 其他\_\_\_\_\_

三、目前您配戴老花眼鏡後感覺舒適嗎？

非常舒適

舒適

沒意見

不舒適

非常不舒適

四、您覺得補助配置老花眼鏡對您的日常生活有沒有幫助？

非常有幫助

有幫助

沒意見

沒有幫助

非常沒有幫助

五、您覺得這次申請配置老花眼鏡的手續方不方便？

非常方便

方便

- 沒意見
- 不方便
- 非常不方便

六、請問您在配置老花眼鏡的過程裡，自行負擔費用為何？

- 沒有
- 有，約收費\_\_\_\_\_元？

七、您對臺南市政府原住民族事務委員會開辦補助原住民長者敬老好視界實施計畫滿不滿意？

- 非常滿意
- 滿意
- 沒意見
- 不滿意（請續答九）
- 非常不滿意（請續答九）

八、請問您不滿意的原因是？（可複選）

- 合作眼鏡行附設驗光所太少
- 申請程序複雜
- 眼鏡製作時間太久
- 核准通知時間太久
- 其他\_\_\_\_\_

九、請您知不知道臺南市政府原住民族事務委員會「補助原住民長者裝置假牙計畫」、「健康檢查補助計畫」等原住民敬老三好福利政策？

- 知道，且曾經申請過（裝置假牙、健康檢查補助）。
- 知道，有需要會去申請（裝置假牙、健康檢查補助）。
- 知道，目前沒有申請需求。
- 不知道。

十、建議事項：

---

---