

臺南市政府辦理身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助審核作業要點

中華民國 100 年 7 月 15 日府社身字第 1000531415 號令發布施行
中華民國 102 年 9 月 13 日府社身字第 1020802100 號令修正(原名
稱：臺南市政府辦理身心障礙者托育養護費用補助審核作業要點)
中華民國 105 年 4 月 8 日府社身字第 1050328971 號令修正第三點
，並自 105 年 1 月 1 日生效

- 一、臺南市政府（以下簡稱本府）為辦理身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用申請補助事宜，訂定本要點。
- 二、本要點之補助對象如下：
 - （一）最近一年居住國內超過一百八十三日，設籍且實際居住於本市之領有身心障礙手冊或身心障礙證明者。
 - （二）經本府同意於日間式照顧服務提供單位接受社區式、機構式日間照顧服務，或於本府簽約之社會福利機構、精神復健機構或護理之家、行政院國軍退除役官兵輔導委員會榮譽國民之家、社區居住提供單位接受夜間式、全日住宿式照顧服務。但於本府簽約護理之家之六十五歲以上身心障礙者，應為插有鼻胃管、導尿管、氣管插管或身心障礙等級鑑定結果為重度以上植物人。
 - （三）未領有政府提供之其他生活補助或津貼。
 - （四）其他經本府評估確有安置需求，如附件一。
- 三、本要點之照顧服務補助費補助標準，依身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助辦法第五條及第六條規定辦理；其補助金額依中央主管身心障礙福利機構辦理身心障礙者日間照顧及住宿式照顧收費及補助標準一覽表規定辦理。
- 四、日間照顧或住宿式照顧費用補助應由身心障礙者申請；本人無法申請者，得以委託書（如附件二）委由受託人檢具國民身分證影本代為申請。但申請重新鑑定或中華民國九十六年六月五日修正之條文全面施行後申請身心障礙證明，且申請日間照顧或住宿式照顧費用補助者，應由身心障礙需求評估單位提出。
- 五、申請日間照顧或住宿式照顧補助費，應檢具下列文件向戶籍所在地區公所提出申請：
 - （一）申請調查表。

(二)國民身分證正本；十四歲以下者得檢附戶口名簿，均於驗畢後發還。

(三)至護理之家養護者，需檢具最近三個月內專科醫師診斷證明書，並加註有技術性醫療照護需求。

(四)精神障礙或第一類(ICD 診斷代碼為 12)者，需檢具臺南市精神病患病情分類及處置建議表。

六、申請人自行選擇與本府簽約之日間照顧或住宿式照顧單位後，應檢具文件向戶籍所在地區公所提出申請。

區公所受理申請後應自行向相關機關（構）查調低收入戶、中低收入戶、身心障礙者之資格、家庭應計算人口及家庭總收入等資料，並應於申請人備齊申請文件之日起十五日內完成初審後陳轉本府審核，本府應於收到區公所呈轉案件十五日內完成核定。

經本府核定補助案件，自申請案件備齊文件之日起予以補助。

補助期間欲轉至其他簽約之日間照顧或住宿式照顧單位接受服務者，需重新提出申請。

七、區公所應於每年年度終了前辦理複查。

已核定之補助案件應於補助期限屆滿或年度終了前，將相關資料併同有關機關提供資料重新審核。但申請人申請資格變更或審核認有必要時，得請申請人檢具相關文件重新提出申請。

八、本要點所稱家庭應計人口範圍及計算方式，依社會救助法相關規定辦理。

但非低收入戶及非中低收入戶之申請人其同一戶籍或共同生活之兄弟姐妹未滿十六歲、因身心障礙致不能工作或十六歲以上二十五歲以下仍在國內就學且非空中大學、大學院校以上進修學校、在職班、學分班、僅於夜間或假日上課、遠距教學之學校者，應列入家庭人口計算範圍。

九、受補助人有下列情形之一者，自事實發生日起停發補助，受補助人、法定代理人或監護人及服務提供單位應主動通知本府：

(一)死亡。

(二)轉至本要點第二點第二款以外之其他服務單位。

(三)未實際就托(養)於日間照顧或住宿式照顧單位。

(四) 戶籍遷離本市。

十、本要點生效前已接受托育養護費補助者，不適用第二點第二款規定，複查時亦同。

附件一：轉介身心障礙者入住機構評估表

臺南市轉介身心障礙者入住機構評估表

壹、身心障礙者基本資料

- 一、姓名：_____ 二、身份證字號：_____
- 三、生日：年月日_____ 四、禁治產宣告：否是
- 五、戶籍地址：_____
- 六、主要照顧者：_____ 與案主關係：_____ 電話：_____
- 七、地址：_____
- 八、障別等級：極重度重度中度輕度
- 九、障礙類別：
- 身心障礙手冊：視障聽障平衡障聲語障肢障智障重器障
顏面植物人失智自閉精障多重障礙癲癇
其它_____。
- 身心障礙證明：第 1 類第 2 類第 3 類第 4 類第 5 類第 6 類
第 7 類第 8 類其它_____。
- 十、重大傷病卡：無 有，病名：_____
- 十一、保險類型：無 有：一般 福保 農保 漁保
- 十二、教育程度：不識字小學國中高中專上碩士以上
- 十三、溝通方式：難表達但能理解指令國/台/客/手勢/手語筆談無法
溝通，說明：_____
- 十四、婚姻狀況：未婚已婚離婚 喪偶 分居 同居，子女：男__人，女__人
- 十五、目前是否住院中？否是，於 年 月 日入_____ 接受治療
病狀或就醫之描述：_____
- 十六、過去病史：
- 疾病：無癌症高血壓糖尿病氣喘肺癲癇其他_____
- 物質使用：無非法物質，例如：_____ 偶用大量（每日_____）

抽煙不抽抽，每日___包，已___年，戒___年

喝酒不喝偶喝大量（每日___杯，已喝___年，戒___年）

過敏史：藥物無有_____，食物無有_____（其他）

十七、藥物副作用：自主神經系統的改變：口乾鼻塞便秘排尿困難視力障礙

中樞神經系統抑制：嗜睡表情呆滯步態不穩四肢無力地上
爬行

錐體外徑症狀群：伸舌流涎口齒不清肌肉僵硬眼 上吊
靜止不能

家系圖：（含家庭病史）

貳、社會支持系統評估：

一、低收入戶：有無申辦中

二、經濟狀況：無虞需協助

三、社交情形：良好只與家人互動退縮被動封閉其他_____

四、工作經驗：無不適應，常換工作可協助家中工作其他

五、家庭支持系統：良好尚可差，說明：_____

六、與家人互動情形：_____

七、已運用之社會資源：_____

八、待連結之社會資源：_____

參、興趣調查：電視節目欣賞 電影欣賞 音樂聆賞 閱讀 繪畫

其他：_____

肆、生理狀況（食、衣、住、行能力評估）：

一、進食狀況：正常需注意全/少/無牙半/全/活動假牙狼吞虎嚥不會咀嚼只能吞嚥

咀嚼差吞嚥差米/麵/粥/碎食流質特餐

二、飲食偏好：_____

三、生活自理：自理需協助進食穿衣/鞋沐浴/盥洗如廁 移位其他：_____

四、生理疾患：無 有精神病糖尿病高血壓(最近才有此現象)心臟病肺結核腸胃病過敏氣喘高血脂癲癇A/B/C 肝炎AIDS性病外傷其他：_____

五、聽力：正常 重聽_____視力：正常近視_____

六、生殖系統：正常結紮其他：_____

七、排泄習慣：早中晚不一定

八、目前行動狀況：正常 雖未使用輔具但行動緩慢行動時需使用輔具

九、使用輔助器材：無 有，輪椅助行器安全頭盔義肢其他：_____

十、異常行為：無 有暴力攻擊/自殘/自殺食穢自言自語/自笑出怪聲不正常自慰
性偏好常哭泣常喊叫強迫行為其他：_____

說明：_____

伍、家屬期待：

增強活動參與動機生活自理訓練培養休閒活動興趣 服藥訓練

疾病照護及衛教 增進人際互動改善與家人互動關係生活照顧緩解家屬照顧壓力營養諮詢及個別飲食調理

其他_____

- ◎ 本評估表應由臺南市政府社工員與案家共同協議而定，最後煩請您再詳細檢視上述所填之資料是否完全屬實，以供為服務之依據；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，則應負一切法律責任，並返還已支付之服務補助經費。

評估日期：____年____月____日

身心障礙者姓名：_____

受訪者：_____

監護人：_____

評估人：_____

※綜合評估：有入住機構之必要
無入住機構之必要

□其他：_____

附件二：委託書

委 託 書

本人因無法親自辦理 身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助 申請手續，特委託 先生女士持相關文件代為辦理，受託人代本人為一切行為之權利。

此致

區公所

委託人： 簽章

身分證統一編號：

戶籍地址：

通訊地址：

電話：

受託人： 簽章

身分證統一編號：

戶籍地址：

通訊地址：

電話：

中 華 民 國 年 月 日

