

彰化縣衛生局

人籍不一居家護理服務核銷資料

與彰化縣以外之其他縣市（政府）衛生局簽訂合約機構向本局請款時需檢附下列資料：

- 1、機構原合約縣市規定之原始核銷資料(表單格式可依原簽約縣市規定或使用本縣相關之表單格式)。
- 2、補助費用申請書、交通服務明細表(有申請交通費補助者)
- 3、與其他縣市(政府)衛生局簽訂合約書影本。
- 4、請由簽約之縣市(政府)衛生局函文請款(收據可直接由服務提供廠商掣據或由簽約之縣市(政府)衛生局掣據均可)。
- 5、個案身份證影本。

居家護理服務交通費用表

里程數(公里)	車費(元)	低收入戶 、低收入身心障礙者、 中低收入身心障礙者		中低收入戶 、符合請領身心障礙者生活補 助個案		
		政府補助	自付	政府補助		自付
				中央	縣府	
≥0.1 公里<1.5 公里	100	100	0	90	10	0
≥1.5 公里<2 公里	110	110	0	99	11	0
≥2 公里<3 公里	130	130	0	117	13	0
≥3 公里<4 公里	150	150	0	135	15	0
≥4 公里<5 公里	170	170	0	153	17	0
≥5 公里<6 公里	190	190	0	171	19	0
≥6 公里<7 公里	210	200	10	180	20	10
≥7 公里<8 公里	230	200	30	180	20	30
8 公里以上	依實際車資	最高補助 200 元其餘案 家自行負擔		最高補助 200 元其餘案家自行 負擔		

居家護理服務紀錄單

個案姓名		出生日期	年 月 日	身分證號	
性別	<input type="checkbox"/> 1 男 <input type="checkbox"/> 2 女	電話		服務日期	年 月 日
連絡地址				家屬簽名	
居家護理服務內容	<p>一、服務內容：</p> <p><input type="checkbox"/>一般傷口護理</p> <p><input type="checkbox"/>各種導管更換及護理</p> <p><input type="checkbox"/>各種注射</p> <p><input type="checkbox"/>各種依個案需求護理措施指導(如蒸氣吸入、姿位引流、抽痰等)</p> <p><input type="checkbox"/>一般身體檢查評估</p> <p><input type="checkbox"/>代採檢體送檢</p> <p><input type="checkbox"/>介紹適當社會資源</p> <p><input type="checkbox"/>其他依民眾需求之各項指導</p> <p><input type="checkbox"/>返診聯繫</p> <p><input type="checkbox"/>吞嚥訓練</p> <p><input type="checkbox"/>膀胱訓練</p> <p><input type="checkbox"/>提供照護資訊(含出院照護技巧指導)</p> <p><input type="checkbox"/>其它_____</p> <p>二、管路概述：</p> <p><input type="checkbox"/>無管路 <input type="checkbox"/>鼻胃管 <input type="checkbox"/>氣切管 <input type="checkbox"/>導尿管 <input type="checkbox"/>呼吸器 <input type="checkbox"/>傷口引流管</p> <p><input type="checkbox"/>造瘻部位 <input type="checkbox"/>氧氣治療</p> <p><input type="checkbox"/>其它_____</p>				
醫師訪視記錄					
服務提供單位： 電話： 地址：		服務提供單位章戳		長照中心審查結果 <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	
				審查人核章	

居家護理服務補助費用申請書（範例）

服務提供單位：

年 月

姓名	身分證號碼	身份別	服務日期	每次補助 服務費金 額(元/次)	申請補助服 務費金額 (元)	申請補助 服務費金 額(元)	交通 公里 數	每次申 請車資 (元/次)	申請補助 交通費金 額(元)	申請補助 交通費金 額(元)	合計申請補助金額 (元)	長照中心審核
林○○	A123456899	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input checked="" type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 一般戶	3月5日	1300	1300	中央補助	5.9	190	190	中央補助	1341	
						1170				171		
						縣補助				縣補助	149	
						130				19		
		<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 一般戶	月 日			中央補助						
		<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 一般戶	月 日			中央補助						
		<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 一般戶	月 日			縣補助						
		<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 一般戶	月 日			中央補助						
		<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 一般戶	月 日			縣補助						
合 計					1300				190		1490	

（補助比例：一般戶中央補助 70%、縣預算無補助；中低收入戶中央補助 90%、縣補助 10%；低收入戶中央補助 100%。）

經手人：

會計：

負責人：

居家護理服務補助費用申請書（範例）

服務提供單位：

年 月

姓 名	身分證號碼	身份別	服務日期	每次補助服務費金額 (元/次)	申請補助服務費合計金額(元)	交通公里數	每次申請車資(元/次)	申請補助交通費合計金額(元)	合計申請補助金額(元)	長照中心審核
林○○	A123456899	<input checked="" type="checkbox"/> 低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 中低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 身心障礙者生活補助 <input type="checkbox"/> 一般戶身心障礙者	3月5日 3月19日	1300	2600	5.9	190	380	2980	
		<input checked="" type="checkbox"/> 低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 中低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 身心障礙者生活補助 <input type="checkbox"/> 一般戶身心障礙者	月 日 月 日							
		<input checked="" type="checkbox"/> 低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 中低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 身心障礙者生活補助 <input type="checkbox"/> 一般戶身心障礙者	月 日 月 日							
		<input checked="" type="checkbox"/> 低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 中低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 身心障礙者生活補助 <input type="checkbox"/> 一般戶身心障礙者	月 日 月 日							
合 計					2600			380	2980	

經手人：

會計：

負責人：

居家護理服務-交通服務明細表

服務提供單位：

年 月

姓 名	身分證號碼	身份別	服務日期	公里數	家屬簽名
		<input type="checkbox"/> 低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 中低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 身心障礙者生活補助 <input type="checkbox"/> 一般戶身心障礙者	月 日		
林○○	A123456484	<input checked="" type="checkbox"/> 低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 中低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 身心障礙者生活補助 <input type="checkbox"/> 一般戶身心障礙者	10 月 10 日	來回合計 公里數	
		<input type="checkbox"/> 低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 中低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 身心障礙者生活補助 <input type="checkbox"/> 一般戶身心障礙者	月 日		
		<input type="checkbox"/> 低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 中低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 身心障礙者生活補助 <input type="checkbox"/> 一般戶身心障礙者	月 日		
		<input type="checkbox"/> 低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 中低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 身心障礙者生活補助 <input type="checkbox"/> 一般戶身心障礙者	月 日		
		<input type="checkbox"/> 低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 中低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 身心障礙者生活補助 <input type="checkbox"/> 一般戶身心障礙者	月 日		
		<input type="checkbox"/> 低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 中低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 身心障礙者生活補助 <input type="checkbox"/> 一般戶身心障礙者	月 日		
		<input type="checkbox"/> 低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 中低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 身心障礙者生活補助 <input type="checkbox"/> 一般戶身心障礙者	月 日		
		<input type="checkbox"/> 低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 中低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 身心障礙者生活補助 <input type="checkbox"/> 一般戶身心障礙者	月 日		

106 年度居家護理服務補助費用

收 據

茲收到彰化縣衛生局 年 月居家護理服務費，計新台幣

_____ 元確實無訛。

居家護理機構名稱：

負責人：

地址：

統一編號：

匯入戶名：

解款行(註明金融機構名稱及分行)：

解款行代號(7碼)：

匯款帳號：

會計：

經手人：



中 華 民 國 年 月 日

與彰化縣以外之其他縣市(政府)衛生局簽訂合約機構向本局請款時需檢附下列資料：

彰化縣衛生局
人籍不一居家復健服務核銷資料

- 1、機構原合約縣市規定之原始核銷資料(表單格式可依原簽約縣市規定或使用本縣相關之表單格式)。
- 2、補助費用申請書、交通服務明細表(有申請交通費補助者)
- 3、與其他縣市(政府)衛生局簽訂合約書影本。
- 4、請由簽約之縣市(政府)衛生局函文請款(收據可直接由服務提供廠商掣據或由簽約之縣市(政府)衛生局掣據均可)。
- 5、個案身份證影本。

居家復健醫師評估表

居家復健服務

個案姓名： _____ 身分證號碼： _____ 性別： 男 女

出生年月日： _____年____月____日 診察日期： _____年____月____日

住址： _____

電話： _____

(1) 醫學診斷：

腦部損傷 腦血管病變 (栓塞 出血) 脊椎損傷 周邊神經損傷

骨折 軟組織損傷 截肢 其他 _____

評述：

(2) 外觀及神經學檢查：

(3) 居家狀況 (方不方便出門)

居住樓層： _____樓 電梯：有 無

外出：方便 尚可 十分不便

外出工具：走路 輪椅 車輛 其他 _____

主要照顧者：外勞 配偶 子女 其他 _____

(4) 復健處方及建議：

轉介物理治療 治療項目： _____

每 (月 週) _____次 共 _____次

轉介職能治療 治療項目： _____

每 (月 週) _____次 共 _____次

(5) 復健目標：

家屬簽名： _____

醫師簽名： _____

機構章戳： _____

居家復健服務紀錄表

第一部分 個案基本資料：

姓名：	身分證字號：	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生日：	民國〈前〉	年 月 日
婚姻狀況：	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 其他	
常用語言：	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 台語 <input type="checkbox"/> 客家語 <input type="checkbox"/> 其他	
教育程度：	<input type="checkbox"/> 研究所以上 <input type="checkbox"/> 大專 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 識字，未曾就學 <input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 其他	
居住狀況：	<input type="checkbox"/> 固定與他人同住〈 〉 <input type="checkbox"/> 輪流與不同他人住 <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 其他	

第二部分 綜合評估

1	警覺性、注意力、認知行為與配合度 (COG)	<input type="checkbox"/> 無障礙 <input type="checkbox"/> 嗜睡 <input type="checkbox"/> 混淆 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 對外界完全無反應 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 低智商 <input type="checkbox"/> 注意力不集中 <input type="checkbox"/> 情緒障礙 <input type="checkbox"/> 無法表達自己之意見 <input type="checkbox"/> 無法了解簡單之指令。 <input type="checkbox"/> 較缺乏主動參與治療的意願 <input type="checkbox"/> 其他								
2	關節活動度 (ROM)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">受限部位</td> <td> <input type="checkbox"/>全身關節 <input type="checkbox"/>左上肢 <input type="checkbox"/>左下肢 <input type="checkbox"/>右上肢 <input type="checkbox"/>右下肢 <input type="checkbox"/>頸椎 <input type="checkbox"/>腰椎 <input type="checkbox"/>其他 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">受限程度</td> <td> <input type="checkbox"/>無障礙 <input type="checkbox"/>有輕微限制但無功能障礙 <input type="checkbox"/>明顯關節攣縮： <ol style="list-style-type: none"> 1. 完全限制 (0—20%) 2. 很有限制 (21—40%) 3. 中等程度限制 (41—70%) 4. 有一點限制 (71—90%) </td> </tr> </table>	受限部位	<input type="checkbox"/> 全身關節 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 其他	受限程度	<input type="checkbox"/> 無障礙 <input type="checkbox"/> 有輕微限制但無功能障礙 <input type="checkbox"/> 明顯關節攣縮： <ol style="list-style-type: none"> 1. 完全限制 (0—20%) 2. 很有限制 (21—40%) 3. 中等程度限制 (41—70%) 4. 有一點限制 (71—90%) 				
受限部位	<input type="checkbox"/> 全身關節 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 其他									
受限程度	<input type="checkbox"/> 無障礙 <input type="checkbox"/> 有輕微限制但無功能障礙 <input type="checkbox"/> 明顯關節攣縮： <ol style="list-style-type: none"> 1. 完全限制 (0—20%) 2. 很有限制 (21—40%) 3. 中等程度限制 (41—70%) 4. 有一點限制 (71—90%) 									
3	肌肉力量表現 (MUSCLE)	<input type="checkbox"/> 無障礙 <input type="checkbox"/> 全身虛弱 <input type="checkbox"/> 部分肢體肌力不足： <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/>左上肢</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>左下肢</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>右上肢</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>右下肢</td> <td>級</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 左上肢	級	<input type="checkbox"/> 左下肢	級	<input type="checkbox"/> 右上肢	級	<input type="checkbox"/> 右下肢	級
<input type="checkbox"/> 左上肢	級									
<input type="checkbox"/> 左下肢	級									
<input type="checkbox"/> 右上肢	級									
<input type="checkbox"/> 右下肢	級									
4	感覺功能疼痛	<input type="checkbox"/> 無障礙 <input type="checkbox"/> 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 聽覺障礙 <input type="checkbox"/> 前庭覺障礙								

	(SEN)	<input type="checkbox"/> 本體覺障礙 <input type="checkbox"/> 觸覺障礙 <input type="checkbox"/> 疼痛： <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腰部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 其他感覺異常： <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 臉 <input type="checkbox"/> 口部
5	動作功能 平衡 姿勢與步態 (MOTOR)	<input type="checkbox"/> 無障礙 <input type="checkbox"/> 床上活動困難 <input type="checkbox"/> 轉位困難 <input type="checkbox"/> 坐姿平衡異常 <input type="checkbox"/> 站姿平衡異常 <input type="checkbox"/> 走不穩 <input type="checkbox"/> 上肢功能受限 <input type="checkbox"/> 姿勢或動作型態異常 <input type="checkbox"/> 其他
6	運動能力 耐力 (AERO)	<input type="checkbox"/> 無障礙 <input type="checkbox"/> 多半時間在床上 <input type="checkbox"/> 僅能在自宅四周活動 <input type="checkbox"/> 能在社區活動 <input type="checkbox"/> 其他
7	維生系統 輔具與環境 (Device)	輔具 現有輔具： <input type="checkbox"/> 單拐 <input type="checkbox"/> 四腳拐 <input type="checkbox"/> 四腳助行器 <input type="checkbox"/> 有輪助行器 <input type="checkbox"/> 特殊推車 <input type="checkbox"/> 擺位輔具 <input type="checkbox"/> 輪椅 <input type="checkbox"/> 足踝裝具 <input type="checkbox"/> 膝踝足裝具 <input type="checkbox"/> 頸圈 <input type="checkbox"/> 束腹或背架 <input type="checkbox"/> 其他
		<input type="checkbox"/> 無障礙 <input type="checkbox"/> 輔具使用狀況不良 <input type="checkbox"/> 建議新增輔具：
		環境協助 <input type="checkbox"/> 無障礙 <input type="checkbox"/> 24小時需看護 <input type="checkbox"/> 部份時間需看護 <input type="checkbox"/> 出門困難
		其他用品 <input type="checkbox"/> 無障礙 <input type="checkbox"/> 氣切 <input type="checkbox"/> 鼻胃管 <input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 尿布 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 使用氧氣 <input type="checkbox"/> 其他請註明：
8	其它評估測試	

第三部分 治療記錄

是否為延案療程： 是； 否

	物理治療	職能治療
第一次治療日期	年 月 日	年 月 日
家屬簽名/治療師簽名	/	/
第一次治療內容	<input type="checkbox"/> 改善關節活動度 <input type="checkbox"/> 增加肌力 <input type="checkbox"/> 改善平衡能力 <input type="checkbox"/> 床上翻身擺位 <input type="checkbox"/> 加強心肺耐力 <input type="checkbox"/> 行走訓練 <input type="checkbox"/> 輔具追蹤評估 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 日常生活訓練 <input type="checkbox"/> 上下肢功能訓練 <input type="checkbox"/> 手部活動訓練 <input type="checkbox"/> 姿勢與移位訓練 <input type="checkbox"/> 被動關節活動 <input type="checkbox"/> 知覺與認知訓練 <input type="checkbox"/> 輔具追蹤評估 <input type="checkbox"/> 其他
第二次治療日期	年 月 日	年 月 日
家屬簽名/治療師簽名	/	/
第二次治療內容	<input type="checkbox"/> 改善關節活動度 <input type="checkbox"/> 增加肌力 <input type="checkbox"/> 改善平衡能力 <input type="checkbox"/> 床上翻身擺位 <input type="checkbox"/> 加強心肺耐力 <input type="checkbox"/> 行走訓練 <input type="checkbox"/> 輔具追蹤評估 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 日常生活訓練 <input type="checkbox"/> 上下肢功能訓練 <input type="checkbox"/> 手部活動訓練 <input type="checkbox"/> 姿勢與移位訓練 <input type="checkbox"/> 被動關節活動 <input type="checkbox"/> 知覺與認知訓練 <input type="checkbox"/> 輔具追蹤評估 <input type="checkbox"/> 其他
第三次治療日期	年 月 日	年 月 日
家屬簽名/治療師簽名	/	/
第三次治療內容	<input type="checkbox"/> 改善關節活動度 <input type="checkbox"/> 增加肌力 <input type="checkbox"/> 改善平衡能力 <input type="checkbox"/> 床上翻身擺位 <input type="checkbox"/> 加強心肺耐力 <input type="checkbox"/> 行走訓練 <input type="checkbox"/> 輔具追蹤評估 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 日常生活訓練 <input type="checkbox"/> 上下肢功能訓練 <input type="checkbox"/> 手部活動訓練 <input type="checkbox"/> 姿勢與移位訓練 <input type="checkbox"/> 被動關節活動 <input type="checkbox"/> 知覺與認知訓練 <input type="checkbox"/> 輔具追蹤評估 <input type="checkbox"/> 其他

	物理治療	職能治療
第四次治療日期	年 月 日	年 月 日
家屬簽名/治療師簽名	/	/
第四次治療內容	<input type="checkbox"/> 改善關節活動度 <input type="checkbox"/> 增加肌力 <input type="checkbox"/> 改善平衡能力 <input type="checkbox"/> 床上翻身擺位 <input type="checkbox"/> 加強心肺耐力 <input type="checkbox"/> 行走訓練 <input type="checkbox"/> 輔具追蹤評估 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 日常生活訓練 <input type="checkbox"/> 上下肢功能訓練 <input type="checkbox"/> 手部活動訓練 <input type="checkbox"/> 姿勢與移位訓練 <input type="checkbox"/> 被動關節活動 <input type="checkbox"/> 知覺與認知訓練 <input type="checkbox"/> 輔具追蹤評估 <input type="checkbox"/> 其他
第五次治療日期	年 月 日	年 月 日
家屬簽名/治療師簽名	/	/
第五次治療內容	<input type="checkbox"/> 改善關節活動度 <input type="checkbox"/> 增加肌力 <input type="checkbox"/> 改善平衡能力 <input type="checkbox"/> 床上翻身擺位 <input type="checkbox"/> 加強心肺耐力 <input type="checkbox"/> 行走訓練 <input type="checkbox"/> 輔具追蹤評估 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 日常生活訓練 <input type="checkbox"/> 上下肢功能訓練 <input type="checkbox"/> 手部活動訓練 <input type="checkbox"/> 姿勢與移位訓練 <input type="checkbox"/> 被動關節活動 <input type="checkbox"/> 知覺與認知訓練 <input type="checkbox"/> 輔具追蹤評估 <input type="checkbox"/> 其他
第六次治療日期	年 月 日	年 月 日
家屬簽名/治療師簽名	/	/
第六次治療內容	<input type="checkbox"/> 改善關節活動度 <input type="checkbox"/> 增加肌力 <input type="checkbox"/> 改善平衡能力 <input type="checkbox"/> 床上翻身擺位 <input type="checkbox"/> 加強心肺耐力 <input type="checkbox"/> 行走訓練 <input type="checkbox"/> 輔具追蹤評估 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 日常生活訓練 <input type="checkbox"/> 上下肢功能訓練 <input type="checkbox"/> 手部活動訓練 <input type="checkbox"/> 姿勢與移位訓練 <input type="checkbox"/> 被動關節活動 <input type="checkbox"/> 知覺與認知訓練 <input type="checkbox"/> 輔具追蹤評估 <input type="checkbox"/> 其他
服務提供單位：	服務提供單位章戳	

彰化縣政府長期照顧管理中心居家復健延案申請暨回覆單

*服務提供單位：

*申請時間： 年 月 日

*個案姓名：

*原核定次數： 次/年

*建議延案次數： 次/年

*延案原因：

*最後一次居家復健時間： 年 月 日

*個案居家復健治療概況：(請概述個案居家復健內容、復健目標、個案意願…等)

治療概況：

物理/職能治療師：

居家復健業務承辦人核章：

回覆處理結果	<input type="checkbox"/> 同意延案居家復健： 次/年。 <input type="checkbox"/> 不同意延案；原因： <input type="checkbox"/> 其他：
建議/計畫	

照顧管理專員：

主管：

回覆日期： 年 月 日

居家復健服務交通費用表

里程數(公里)	車費(元)	低收入戶 (低收入身心障礙者、中低收入身心障礙者)		中低收入戶 (符合請領身心障礙者生活補助個案)		
		政府補助	自付	政府補助		自付
				中央	縣府	
≥0.1 公里 < 1.5 公里	100	100	0	90	10	0
≥1.5 公里 < 2 公里	110	110	0	99	11	0
≥2 公里 < 3 公里	130	130	0	117	13	0
≥3 公里 < 4 公里	150	150	0	135	15	0
≥4 公里 < 5 公里	170	170	0	153	17	0
≥5 公里 < 6 公里	190	190	0	171	19	0
≥6 公里 < 7 公里	210	200	10	180	20	10
≥7 公里 < 8 公里	230	200	30	180	20	30
8 公里以上	依實際車資	最高補助 200 元其餘案家自行負擔		最高補助 200 元其餘案家自行負擔		

備註：一般戶車資全額由案家自行負擔。

居家復健服務補助費用申請書 (範例)

居家復健服務提供單位：

年 月

姓名	身分證號碼	身份別	服務日期	每次補助 服務費金 額 (元/次)	申請補助服 務費金額 (元)	申請補助 服務費金 額(元)	交通 公里 數	每次申 請車資 (元/次)	申請補助 交通費金 額(元)	申請補助 交通費金 額(元)	合計申請補助金額 (元)	長照中心審核
林○○	A123456899	<input type="checkbox"/> 低收入戶	3/5、4/5	1000	2000	中央補助	5.9	190	380	中央補助	2142	
		1800				342						
		<input checked="" type="checkbox"/> 中低收入戶				縣補助				238		
		200				38						
		<input type="checkbox"/> 低收入戶	月 日			中央補助			中央補助			
		<input type="checkbox"/> 中低收入戶								縣補助		
		<input type="checkbox"/> 一般戶										
		<input type="checkbox"/> 低收入戶	月 日			中央補助				中央補助		
		<input type="checkbox"/> 中低收入戶										
		<input type="checkbox"/> 一般戶				縣補助				縣補助		
		<input type="checkbox"/> 低收入戶	月 日			中央補助				中央補助		
		<input type="checkbox"/> 中低收入戶										
		<input type="checkbox"/> 一般戶				縣補助				縣補助		
合 計					2000				380		2380	

(補助比例：一般戶中央補助 70%、縣預算無補助；中低收入戶中央補助 90%、縣補助 10%；低收入戶中央補助 100%。)

經手人：

會計：

負責人：

居家復健服務補助費用申請書（範例）

居家復健服務提供單位：

年 月

姓名	身分證號碼	身份別	服務日期	每次補助服務費金額 (元/次)	申請補助服務費合計金額 (元)	交通公里數	每次申請車資 (元/次)	申請補助交通費合計金額 (元)	合計申請補助金額 (元)	長照中心審核
林○○	A123456899	<input type="checkbox"/> 低收入身心障礙者 <input checked="" type="checkbox"/> 中低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 身心障礙者生活補助 <input type="checkbox"/> 一般戶身心障礙者	3/5、4/5	1000	2000	5.9	190	380	2380	
合 計					2000			380	2380	

（補助比例：一般戶身心障礙者補助 70%；其餘身分別補助 100%。）

經手人：

會計：

負責人：

居家復健交通服務明細表

服務提供單位：

年 月

姓名	身分證號碼	身份別	服務日期	公里數	家屬簽名
		<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 一般戶	月 日		
林○○	A123456484	<input checked="" type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 一般戶	1 月 10 日	來回合計公里數	
林○○	A123456484	<input checked="" type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 一般戶	月 日		
		<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 一般戶	月 日		
		<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 一般戶	月 日		
		<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 一般戶	月 日		
		<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 一般戶	月 日		
		<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 一般戶	月 日		
		<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 一般戶	月 日		

居家復健交通服務明細表

服務提供單位：

年 月

姓名	身分證號碼	身份別	服務日期	公里數	家屬簽名
		<input type="checkbox"/> 低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 中低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 身心障礙者生活補助 <input type="checkbox"/> 一般戶身心障礙者	月 日		
林○○	A123456484	<input checked="" type="checkbox"/> 低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 中低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 身心障礙者生活補助 <input type="checkbox"/> 一般戶身心障礙者	10月10日	來回合計 公里數	
		<input type="checkbox"/> 低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 中低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 身心障礙者生活補助 <input type="checkbox"/> 一般戶身心障礙者	月 日		
		<input type="checkbox"/> 低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 中低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 身心障礙者生活補助 <input type="checkbox"/> 一般戶身心障礙者	月 日		
		<input type="checkbox"/> 低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 中低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 身心障礙者生活補助 <input type="checkbox"/> 一般戶身心障礙者	月 日		
		<input type="checkbox"/> 低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 中低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 身心障礙者生活補助 <input type="checkbox"/> 一般戶身心障礙者	月 日		
		<input type="checkbox"/> 低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 中低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 身心障礙者生活補助 <input type="checkbox"/> 一般戶身心障礙者	月 日		
		<input type="checkbox"/> 低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 中低收入身心障礙者 <input type="checkbox"/> 身心障礙者生活補助 <input type="checkbox"/> 一般戶身心障礙者	月 日		

106 年度居家復健服務補助費用

收 據

茲收到彰化縣衛生局 年 月居家復健服務費，計新台幣

_____ 元確實無訛。

居家復健機構名稱：

負責人：

住址：

統一編號：

匯入戶名：

解款行(註明金融機構名稱及分行)：

解款行代號(7碼)：

匯款帳號：

會計：

經手人：



中 華 民 國 年 月 日

彰化縣衛生局

人籍不一喘息服務核銷資料

與彰化縣以外之其他縣市（政府）衛生局簽訂合約機構向本局請款時需檢附下列資料：

- 1、機構原合約縣市規定之原始核銷資料(表單格式可依原簽約縣市規定或使用本縣相關之表單格式)。
- 2、補助費用申請書、交通服務明細表(有申請交通費補助者)
- 3、與其他縣市(政府)衛生局簽訂合約書影本。
- 4、請由簽約之縣市(政府)衛生局函文請款(收據可直接由服務提供廠商掣據或由簽約之縣市(政府)衛生局掣據均可)。
- 5、個案身份證影本。