

# 115年度 身心障礙住宿式補助金額

<b>精神護理之家</b>	<b>台北市</b>	<b>新北市</b>	<b>桃園市</b>	金門縣	新竹縣市 苗栗縣 雲林縣 屏東縣
<b>最低生活費</b>	<b>20,744</b>	<b>17,750</b>	<b>17,186</b>	15,173	15,515
<b>護理之家</b>	<b>台北市</b>	<b>桃園市</b>	金門縣	新竹縣市 雲林縣 屏東縣	<b>長期照顧</b>
<b>最低生活費</b>	<b>20,744</b>	<b>17,186</b>	15,173	15,515	<b>桃園市</b>
					<b>最低生活費</b>
					<b>17,186</b>

智障、多障、植物人、失智症、自閉症、重要器官失去功能、慢性精神病、頑性(難治型)癲癇症、罕見疾病致身心功能障礙、其它障礙或第一款( ICD診斷欄位註記【以下同】：06、09、10、11、12、14)。第四款(07)。第五款(07)。第六款(07)。ICD診斷欄位註記：13、15、16

視障、聽障、語障、肢障、顏面損傷、平衡障礙或第二款(01、02、03)、第三款(04)、第七款(05)、第八款(08)  
**極重度/重度==>中度** ; **中度、輕度==>輕度**

台北市精護及護家有管路：(30歲以上、18歲以上父或母滿65歲、2名身障者)					台北市 護家 無管路：(30歲以上、18歲以上父或母滿65歲、2名身障者)				
扶助類別/身障程度		極重/重度	中度	輕度	扶助類別/身障程度		極重/重度	中度	輕度
低收入	全額	28,088	22,470	14,044	低收入	全額	22,088	16,470	8,044
未達2倍	85%	23,875	19,100	11,937	未達2倍	85%	18,775	14,000	6,837
2倍以上未達3倍	70%	19,662	15,729	9,831	2倍以上未達3倍	70%	15,462	11,529	5,631
3倍以上未達4倍	60%	16,853	13,482	8,426	3倍以上未達4倍	60%	13,253	9,882	4,826
4倍以上未達5倍	50%	14,044	11,235	7,022	4倍以上未達5倍	50%	11,044	8,235	4,022
5倍以上未達6倍	40%	11,235	8,988	5,618	5倍以上未達6倍	40%	8,835	6,588	3,218
台北市 精護及護家有管路：(30歲以下)					台北市 護家 無管路：(30歲以下)				
低收入	全額	28,088	22,470	14,044	低收入	全額	22,088	16,470	8,044
未達2倍	75%	22,190	16,853	10,533	未達2倍	75%	17,450	12,353	6,033
2倍以上未達3倍	50%	16,291	11,235	7,022	2倍以上未達3倍	50%	12,811	8,235	4,022
3倍以上未達4倍	25%	10,673	5,618	3,511	3倍以上未達4倍	25%	8,393	4,118	2,011

新北市(30歲以上、18歲以上父或母滿65歲、2名身障者)					新北市(30歲以下)				
低收入	全額	20,000	16,000	8,000	低收入	全額	20,000	16,000	8,000
中低收或未達2倍	85%	17,000	13,600	6,800	未達2倍	75%	15,000	12,000	6,000
2倍以上未達3倍	70%	14,000	11,200	5,600	2倍以上未達3倍	50%	10,000	8,000	4,000
3倍以上未達4倍	60%	12,000	9,600	4,800	3倍以上未達4倍	25%	5,000	4,000	2,000
4倍以上未達5倍	50%	10,000	8,000	4,000					
5倍以上未達6倍	40%	8,000	6,400	3,200					
6倍以上	0%	0	0	0					

桃園市、新竹縣市、屏東縣、苗栗縣、雲林縣、金門縣					新制身心障礙類別		舊制身心障礙類別代碼		
低收入	全額	22,100	17,680	11,050	第一類 神經系統構造及精神、心智功能	代碼	類別		
未達2倍	85%	18,785	15,028	9,393		06	智能障礙者		
2倍以上未達3倍	70%	15,470	12,376	7,735		09	植物人		
3倍以上未達4倍	60%	13,260	10,608	6,630		10	失智症者		
4倍以上未達5倍	50%	11,050	8,840	5,525		11	自閉症者		
5倍以上未達6倍	40%	8,840	7,072	4,420		12	慢性精神病患者		
6倍以上	0%	0	0	0		14	頑性(難治型)癲癇症者		
					第二類 眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛	01	視覺障礙者		
						02	聽覺機能障礙者		
						03	平衡機能障礙者		
					第三類 涉及聲音與言語構造及其功能	04	聲音機能或語言機能障礙者		
					第四類 循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能	07	重要器官失去功能者-心臟		
						07	重要器官失去功能者-造血機能		
						07	重要器官失去功能者-呼吸器官		
					第五類 消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能	07	重要器官失去功能-吞嚥機能		
						07	重要器官失去功能-胃		
						07	重要器官失去功能-腸道		
						07	重要器官失去功能-肝臟		
					第六類 泌尿與生殖系統相關構造及其功能	07	重要器官失去功能-腎臟		
						07	重要器官失去功能-膀胱		
					第七類 神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能	05	肢體障礙者		
					第八類 皮膚與相關構造及其功能	08	顏面損傷者		
					備註： 依身心障礙者狀況對應第一至八類	13	多重障礙者		
						15	經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙者		
						16	其他經中央衛生主管機關認定之障礙者(染色體異常、先天代謝異常、先天缺陷)		

To : 桃園市私立龍祥老人長期照顧中心  
 聯絡人 : 劉先生  
 地址 : 桃園市龍潭區高平村高楊南路 97-1 號  
 電話 : 03-4718976 傳真 : 03-4116429  
 統編 : 67771890

From : 大贏家國際行銷廣告有限公司  
 客服人員 : 廖先生 分機 16  
 客服中心 : 臺北市文山區恆光街 30 巷 9 號 1 樓  
 電話 : (02)8661-8598 傳真 : (02)2938-4658  
 統編 : 25100456

## 網站新增功能 - 報價單

115 年 3 月 20 日

項	主題	說明	數量	原價	特惠價
1	網站滿意度調查	(1) 個資聲明 (2) 滿意度調查 (3) 完成送出 (4) 填寫人+龍祥→收到信件	1	\$5,200	\$3,600
2	申訴信箱	(1) 使用須知聲明 (2) 確認後引導至發 EMAIL (3) 龍祥→收到信件	1	\$1,700	贈送
合計				\$6,900	\$3,600
備註		一、參考網站： <a href="https://www.vac.gov.tw/sp-Declaration-OpinionMail-204.html">https://www.vac.gov.tw/sp-Declaration-OpinionMail-204.html</a> 二、製作說明： 1. 此次更新為新增滿意度調查流程+申訴信箱流程 2. 需作業時間為 3-4 個工作日 三、本合約僅收一次性新增費用，改版於收到費用即動工，開始起算工作日			

### 付款資訊及作業流程

特惠總金額 NT 3,600 元 (平均 300 / 月) 元 + 稅金 NT 180 元 = 總計 3,780 元

付款方式  匯款  支票 / 票期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

匯款銀行 彰化銀行(木柵分行) ATM 銀行代碼 009 戶名: 大贏家國際行銷廣告有限公司 帳號: 5352 01 0027 3300



本公司印章



客戶公司印章



行政管理部 劉弓宏  
 行政財務

客戶代表簽名

Handwritten signature of the client representative: 丁豐錡

本公司業務代表簽名

- 桃園市私立龍祥精神護理之家  
 桃園市私立龍祥老人長期照顧中心  
 桃園市私立龍祥護理之家

# 入住評估單

接待人：\_\_\_\_\_

申請日期： 年 月 日

申請者 (家屬)	姓名	與入住者關係：	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日：
	申請者通訊地址：			
	電話：	Line ID：		

## 入住者(個案) 狀況

入住者 姓名	<input type="checkbox"/> 男	生日： 年 月 日 ( 歲)
	<input type="checkbox"/> 女	身分證字號： <input type="checkbox"/> 原住民族身分

入住者戶籍地址：同上 或：

身障手冊：無 申請中 有 身障類別： 身障等級：

重大傷病卡：無 申請中 有(ICD碼： ) 尚未施打covid-19疫苗

已施打covid-19疫苗：第1劑日期： 第2劑日期： 第3劑日期：

第4劑日期： 第5劑日期： 已確診日期：

婚姻狀況：已婚 未婚 離婚 喪偶 子女人數： 原職業：

視力：正常 微 看不到 白內障 聽力：正常 微 重聽 聽不到

意識：正常 微 無 植物人 身高： 體重： 身材：胖中瘦

語言能力：正常 一點點 無 慣用語言：國 台 客 其他( )

宗教信仰：無 道 佛 基督 天主 其他 識字能力：識字 不識字

學歷：無 國小 國中 高中 專科 大學 碩士 其他( )

生活自理能力：完全自理 需協助洗澡 需協助吃飯 尿布需求：要不要只夜間

伙食種類：白飯菜 白飯碎食 稀飯菜 稀飯碎食 攪打稀飯 攪打 NG 有活動假牙

行走能力：正常 快 慢 靠助行器 走不穩坐輪椅 無法行走可坐輪椅 躺床

跌倒風險：曾經跌倒 有跌倒風險 走路會抖 無 家屬自備輔具：

輔具需求：無 助行器 輪椅 氣墊床 製氧機 抽痰機 移位機 其他

具備身分：無低收 低收入戶 第 款 中低收入戶 中低收入老人 申請中

領有資源：無 身障生活津貼 低收津貼 老人年金 老農年金 身障托育補助 保險  
(總金額 元/月) 軍/公/教終身俸 榮民終身俸 榮譽 勞退 勞保 其他

☆若申請身障住宿式(失能老人)補助款，其他社福補助(低收、身障生活津貼...等)則會取消，採二則一補助

原本狀況：獨居 與 ( )同住 住院： 醫院 (約 月)  
(住院前) 安養機構： (約 年)

現在狀況：獨居 與 ( )同住 住院中： 醫院 (約 月)  
安養機構： (約 年)

醫療狀況：醫院： (約 年)

## 主要照顧者(家屬)狀況

姓名：	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	電話：	年齡：	職業：	<input type="checkbox"/> 無工作
	關係：	年收入 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-30萬 <input type="checkbox"/> 31-60萬 <input type="checkbox"/> 61-100萬 <input type="checkbox"/> 101萬以上			
姓名：	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	電話：	年齡：	職業：	<input type="checkbox"/> 無工作
	關係：	年收入 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-30萬 <input type="checkbox"/> 31-60萬 <input type="checkbox"/> 61-100萬 <input type="checkbox"/> 101萬以上			

家系圖 (個案本人上下一代及兄弟姊妹)	個案本人疾病史	個案本人疾病史
	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 肺炎
	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 癌症
	<input type="checkbox"/> 高血壓	<input type="checkbox"/> 肢障
	<input type="checkbox"/> 心臟病	<input type="checkbox"/> 智能不足
	<input type="checkbox"/> 癲癇	<input type="checkbox"/> 失智
	<input type="checkbox"/> 骨折	<input type="checkbox"/> 思覺失調症
	<input type="checkbox"/> 中風	<input type="checkbox"/> 憂鬱/躁鬱症
	<input type="checkbox"/> 巴金森氏症	<input type="checkbox"/> 其他精神疾病
	<input type="checkbox"/> 痛風	<input type="checkbox"/> 其他：
	<input type="checkbox"/> 泌尿道	

個案入注意願 願意 無法確認 不希望但同意 拒絕 未與個案溝通  
 (本機構無法強迫個案入住，請與個案做妥善溝通)

個案有無刑事記錄：無 有：

管路照護 無 鼻胃管 尿管 氣切 抽痰 氧氣 ( ) L  
人工造瘻口：其他：

入住者(個案)現況說明-疾病歷程、目前疾病及身體狀況、家庭背景--家屬需填寫

審核叮嚀、後續處理進度--此欄以下由機構填寫(家屬勿填)

費用結構：保證金 50000 月費：

個別服務費用：鼻胃管 尿管 氧氣 氣切 抽痰 造瘻口 其他：

其他評估文件：等病摘與體檢 病摘 體檢 其他：

護理評估 <input type="checkbox"/> 收案 <input type="checkbox"/> 不收案	簽章：	社工評估 <input type="checkbox"/> 收案 <input type="checkbox"/> 不收案	簽章：
--	-----	--	-----

入住日： 年 月 日

## **個案住院各縣市補助款折半/暫停詳細說明**

### **臺北市政府社會局身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助 (30 日以上折半，90 日以上停止)**

申請人因住院離開提供服務之機構，自離開機構之日起，保留床位三十日，補助費維持原額度；超過三十日者，其補助費折半計算；超過九十日者，自超出之日起不予補助，並於出院返回機構當日起恢復原補助額度。

### **桃園市政府身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助 (30 日以上折半，60 日以上停止)**

身心障礙者經醫院出具診斷證明書須住院治療或返家靜養，前述期間於 30 日以上未達 60 日者，其補助費折半計算。前述期間逾 60 日者，甲方停止撥付補助費。本市低收入戶及中低收入戶傷病住院看護費用補助，若於住院醫療期間申請之費用，不得與本補助重複申領。

### **桃園市失能老人接受長期照顧機構服務 (30 日以上折半，60 日以上停止)**

補助安置者因住院離開乙方，住院 30 日內安置費用仍予補助，30 日以上未達 60 日，其安置費用折半補助，60 日以上者，甲方停止撥付安置費用。

### **新北市政府身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助 (精神 30 日以上停止；非精神 30 日以上折半，90 日以上停止)**

身心障礙者如因傷病就醫或返家照顧請假日數於 30 日以上者，該期間(請假總日數)身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助費折半計算，請假期間超過 90 日者或非因前述事由離開機構(包含精神障礙者因精神疾病復發住院)期間超過 30 日者，甲方得停止其補助。

### **新北市低收入戶、中低收入失能老人接受長期照顧機構 (30 日以上停止)**

補助收容安置對象因住院離開安置機構，自離開安置機構之日起，保留床位最長 30 日，期間費用仍予補助。如逾 30 日本府將暫停撥付補助。惟同日入出院者，除非有特殊事由，否則以連續住院計。

### **新竹縣政府身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助 (30 日以上折半，90 日以上停止)**

服務對象經醫院、診所出具診斷證明須住院治療或返家靜養，請假期間連續達 30 日以上者；請假起迄之各該當月收費按接受服務日數計算，請假期間之收費則按請假日數折半計算(須出具診斷證明)。但其連續請假期間以 90 日為限。

**新竹縣經濟弱勢老人收容安置補助(新竹縣失能老人)**  
**(30 日以上停止)**

補助安置者因住院離開機構，住院30日內之安置費用仍予補助，逾30日以上，將暫停補助。

**新竹市政府身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助**  
**(30 日以上折半，90 日以上停止)**

案主經醫院、診所出具診斷證明須住院治療或返家靜養，請假期間連續達三十日以上者，請假起迄之各該當月收費按接受服務日數計算，請假期間之收費則按請假日數折半計算，但其連續請假期間以九十日為限。

**金門縣政府身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助**  
**(30 日以上折半，90 日以上停止)**

個案經醫院、診所出具診斷證明須住院治療或返家靜養，請假期間連續達30日以上者，請假起迄之各該當月收費按接受服務日數計算，請假期間之收費則按請假日數折半計算。但其連續請假期間以90日為限。

**苗栗縣政府身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助**  
**(90 日以下折半，90 日以上停止)**

案主經醫院、診所出具診斷證明須住院治療或返家靜養，請假起迄之各該當月收費按接受服務日數計算，請假其間之收費則按請假日數折半計算；但其連續請假期間以九十日為限。本縣低收入戶及中低收入戶傷病住院看護費用補助，若於住院醫療期間申請之費用，不得與本補助重複申領。

**屏東縣政府身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助**  
**(16 日以上折半，90 日以上停止)**

案主因病經公私立醫院出具診斷證明須住院治療或返家靜養者：1 請假期間在15日(含)內者，其日間住宿式照顧費用全額補助 2.請假期間超過16日以上者，其日間及住宿式照顧費用(日費)按核定標準之1/2補助。3 請假期間滿3個月起，其日間及住宿式照顧費用暫停補助。

**雲林縣政府身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助**  
**(30 日以上折半，90 日以上停止)**

案主經醫院、診所出具診斷證明須住院治療或返家靜養，請假期間連續超過三十日者，該期間(請假總日數)補助費折半計算；但其連續請假期間以九十日為限。

# 照 護 切 結 書

本人 \_\_\_\_\_ 保證 \_\_\_\_\_ 入住後，同意下列事項：

1. 因沒實際照顧過個案，因此入住本機構，若無法照顧則會要求退住。
2. 若之後因病住院，需要請看護至醫院照顧，則會配合請看護及住院。
3. 若有任何醫療及照顧上的需求，會全力配合機構措施。
4. 若住民(暴力無法醫治)或家屬溝通不易、不願配合本機構醫療及照顧措施，  
本機構有權請求退住(會給予一個月離院準備)。
5. 因本機構並非一對一照顧，因此若住民入住機構後，發生跌倒意外，機構不予負責。

立切結書人簽名： \_\_\_\_\_ 關係：個案之 \_\_\_\_\_

身分證字號： \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_

聯絡地址： \_\_\_\_\_

日期：            年            月            日    時間：            時            分