

原住民族委員會

109 年度原住民身心障礙者機構式服務生活資材費用補助計畫

108 年 11 月 21 日原民社字第 1080073464 號函訂頒

壹、計畫目的

我國至 107 年底止我國身心障礙者人數共有 117 萬 3,978 人，其中原住民身心障礙者計有 2 萬 3,507 人，佔原住民族總人口數 4.16%，當中障礙程度被認定為極重度障礙者有 2,772 人，重度者障礙有 3,870 人，中度障礙者有 7,519 人，輕度障礙有 9,396 人，又原住民身心障礙者障礙類別為肢體障礙者有 9,152 人，多重障礙者有 2,618 人及植物人有 108 人。

原住民族地區因地理環境特殊、幅員遼闊且交通不便捷，導致醫療資源可及性及專業人員不足，因此原住民身心障礙者若須獲得較專業的照護，往往就必須仰賴住宿式機構或身心障礙福利機構服務，一來減少頻繁接送的舟車勞頓，二來提住宿式機構較能提供具專業的照護，減少被照顧者因不當的照護行為造成感染或其他傷病。

目前政府提供身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助最高新臺幣 2 萬 1,000 元，然而原住民身心障礙者於住宿式機構內之醫療耗材、衛生用品及營養品…等生活資材仍須家屬另行添購。入住機構之養護費自負額以及生活資材費用，實為原住民身心障礙者家屬沉重的負擔。

考量原住民族家庭經濟條件與接近服務之相對不利處境，為維護原住民身心障礙者之身心健康，減輕原住民族家庭之經濟負擔，針對原住民身心障礙者機構式服務需求，提供更為妥適安穩的生活照顧，爰訂定本補助計畫，賡續協助原住民身心障礙者之生活照護，據以具體落實政府照顧弱勢族群的政策。

貳、計畫目標

- 一、 經濟安全—減輕家庭經濟負擔支出取得平衡。
- 二、 養護服務—協助原住民身心障礙者養護服務。
- 三、 健康維護—維護原住民身心障礙者身心健康。
- 四、 生活照顧—提升原住民身心障礙者生活照顧。

參、 實施期程：

- 一、 本計畫實施期程自 109 年 1 月 1 日至 109 年 12 月 31 日止。
- 二、 計畫受理申請期限至 109 年 4 月 30 日止，或於經費用罄時即告終止受理。
- 三、 前點所列之申請期限為執行單位向直轄市或縣(市)政府提出申請計畫之期限，以郵戳為憑，逾期不受理；
- 四、 為避免因本會經費預算用罄，致影響受補助者權益，直轄市及縣(市)政府應於申請案文到 10 日內擬具初審意見核轉本會審查。

肆、 主協辦單位

- 一、 主辦機關：原住民族委員會
- 二、 承辦機關：直轄市及縣(市)政府
- 三、 執行單位：以財(社)團法人住宿式機構(不含榮民之家)及經主管機關認可收容及養護身心障礙者之財(社)團法人社會福利機構為限。

伍、 申請程序及補助標準

- 一、 申請方式：執行單位向直轄市或縣(市)政府提出申請。受理申請之直轄市或縣(市)政府應確實審查申請補助計畫書，並依下列事項擬具初審意見核轉本會審查，並協助申請本計畫之補助經費：
 - (一)執行單位實施計畫之地點及各項設施環境是否顧及原住民身心障礙

者之需要。

- (二) 計畫內容是否符合整體性需求。
- (三) 計畫執行後是否可達預期效益。
- (四) 是否符合申請條件及補助標準。
- (五) 應備文件是否齊全並符合規定。
- (六) 有無向本會重複申請補助情事。

二、應備表件：

- (一) 計畫申請表 (如附件 1)。
- (二) 執行計畫書 (如附件 2)。
- (三) 申請補助名冊暨經費概算表(附件 3)。
- (四) 立案證書影本。
- (五) 法人登記證書影本。
- (六) 公共意外責任保險投保證明。
- (七) 受補助服務對象之縣市政府核定公文。
- (八) 補助對象身心障礙手冊(正、反面影本)。
- (九) 補助對象中、低收入戶證明書。
- (十) 機構捐助章程。
- (十一) 機構存款存額證明書。

三、申請條件及補助標準：

- (一) **申請單位：即執行單位，以財(社)團法人住宿式機構(不含榮民之家)或身心障礙福利機構為限。**
- (二) **補助對象應具備下列三項條件：**
 - 1. 經地方政府核定補助身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用之原住民。
 - 2. 接受符合本計畫規定之執行單位服務。

3. 未接受其他公部門生活資材費用補助。

(三) 補助標準及金額：由執行單位統一辦理申請：

障礙程度	經濟程度	每月最高補助金額	備註
輕度 中度	列冊低收入戶	4000 元	本會得視計畫申請狀況及經費賸餘款，按比例調整補助金額。
	列冊中低收入戶	3500 元	
	一般戶	3000 元	
重度 極重度	列冊低收入戶	6000 元	
	列冊中低收入戶	5000 元	
	一般戶	4000 元	

(四) 補助優先順序：考量補助對象經濟程度及障礙程度，其補助優先順序如下：

補助順序	經濟程度	障礙程度
1	列冊低收入戶	重度、極重度
2	列冊低收入戶	輕度、中度
3	列冊中低收入戶	重度、極重度
4	列冊中低收入戶	輕度、中度
5	一般戶	重度、極重度
6	一般戶	輕度、中度

(五) 補助項目：

1. 個人衛生耗材（如紙尿片、紙尿褲、看護墊、濕紙巾、衛生紙等）
2. 住民須自費之醫療耗材（鼻胃管、抽痰管、點滴針頭等）。
3. 營養品（非一般食材）。

四、 注意事項：

(一) 執行單位所規劃之服務項目、工作事項、實施方式及實施期程等內容，應配合接受原住民身心障礙者之慣習，視其需求合理調整

服務內容，使該計畫具有彈性及可行性。

- (二) 執行單位應優先結合在地現有空間及相關照顧服務人力，並提供合適、安全及便利之場所。

陸、經費撥付及核銷

一、 經費撥付：本計畫補助款分2期撥付。

- (一) 第1期款：為核定補助金額之50%，於計畫核定後憑領據(附件4)撥付。

- (二) 第2期款：執行單位應於109年12月10日前將以下核銷資料函送本會審查並辦理核銷結報：

1. 第2期款領據(扣除第1期款並依核定金額內之實際支用數撥付第2期款)。
2. 各機關單位經費補(捐)助分攤表(如附件5)。
3. 費用結報明細表(如附件6)。
4. 支出憑證明細表(如附件7)。
5. 支出憑證黏存單(如附件8；應將**支出原始憑證**依序編號並整齊黏貼於本黏存單上，每黏存單最多黏貼**5張**支出原始憑證為限)。
6. 執行單位執行計畫切結書(如附件9)
7. 補助對象清冊(如附件10；應明列補助對象每月安置費用收取項目及金額，另亦明列生活資材已補助項目及金額，並請本人簽名或蓋章，如本人無法簽名及蓋章，請由監護人代為簽名或蓋章，並需檢附證明文件)。
8. 執行成果報告書(如附件11；一式2份)
9. 電子檔光碟(執行成果報告書及所含照片等)。

二、 經費核銷：

- (一) 執行單位應依政府會計相關法令辦理經費核銷事宜。
- (二) 本補助款專款專用，不得移作他用，並按核定計畫內容切實執行，不得任意調整，如有特殊情況必須變更者，應於年度終了2個月前（109年10月31日前）詳述理由，並獲本會同意變更。
- (三) 如受補助對象因故未接受服務時，執行單位應**立即函知**本會及直轄市或縣(市)政府以變更計畫內容，此點不受前開2個月之時間限制，另應於年底時將溢領補助款繳回。

柒、督導及管考作業

- 一、直轄市及縣(市)政府對轄內經核定受補助單位應負監督之責任及給予必要之協助，依查核紀錄表(如附件12)定期或不定期抽查補助案件之實際執行情形，另本會得派員參與之，俾實地瞭解計畫實施情形及服務成效。
- 二、本會得定期或不定期針對受本會補助之機構，以抽查方式查核實際執行情形。
 - (一)查核結果如有下列情形者應儘速檢討改善，本會得於一定期間內不再給予補助：
 1. 未確實依相關規定辦理。
 2. 經費未確實依補助用途支用。
 3. 未積極執行計畫，致工作事項延宕或停擺。
 - (二)本會得委託會計師針對年度受補助之單位不定期進行補助經費之帳目稽查工作。
- 三、補助經費執行率低於90%之機構，本會得列入隔年補助之參考。

捌、預期效益

一、質化效益

- (一) 提升身心障礙者所使用之個人衛生耗材、醫療耗材及營養品品質。
- (二) 提升身心障礙者安全舒適、多元化之照顧服務，及妥適照顧資源。
- (三) 鼓勵地方政府及民間團體共同推展兼顧原住民文化安全的社會福利服務，協助住宿式機構或身心障礙福利機構之多層級照護服務模式，以增進原住民社會福祉。

二、量化效益

- (一) 補助 290 名原住民身心障礙者之機構式服務生活資材費用。
- (二) 減輕 290 個家庭經濟負擔與照顧壓力，增進原住民家庭福祉。

玖、經費來源：本計畫由 109 年度原住民族綜合發展基金—公益彩券回饋金支應。

拾、附件資料

編號	附件名稱
附件 1	計畫申請表
附件 2	執行計畫書參考格式
附件 3	申請補助名冊暨經費概算表
附件 4	領據格式
附件 5	各機關單位經費補(捐)助分攤表
附件 6	費用結報明細表
附件 7	支出憑證明細表
附件 8	支出憑證黏存單
附件 9	執行單位執行計畫切結書
附件 10	補助對象清冊
附件 11	執行成果報告書參考格式
附件 12	查核紀錄表

附件 1—計畫申請表

原住民族委員會補助辦理 109 年度原住民身心障礙者機構式服務生活資材費用補助計畫申請表
單位：新臺幣（元）

申請單位			地址			
核准機關、日期、文號						
負責人	職稱		業務聯絡人及電話	聯絡人		
	姓名			聯絡電話		
計畫名稱			計畫執行 期程	108 年 月 日至 108 年 月 日		
內容概要						
預期效益						
計畫總經費			直轄市或縣市政府補助生活資材之經費			
自籌款			其他單位補助經費 (請詳填)			
中央部會補助經費			申請原住民族委員會補助經費			
最近三年曾獲原住民族委員會補助之計畫名稱及金額						
應備表件	<input type="checkbox"/>	計畫書(含經費概算表)	<input type="checkbox"/>	立案證書影本	<input type="checkbox"/>	法人登記證書影本
	<input type="checkbox"/>	公共意外責任保險投保證明	<input type="checkbox"/>	受補助服務對象之縣府核定公文		
	<input type="checkbox"/>	身心障礙手冊(正反面影本)	<input type="checkbox"/>	其他有關文件		
直轄市及縣(市)政府初審意見及核章						
	承辦人	課長	專員	副局長	局長	
日期	中	華	民	國	109 年 月 日	

附件 2—執行計畫書參考格式

(機構名稱)

109 年度原住民身心障礙者機構式服務生活資材費用補助

執行計畫書

(機構照片)

實施期程：109 年 月 日 至 109 年 月 日

主辦機關：原住民族委員會

承辦機關：(各縣市政府)

執行單位：(機構名稱)

執行單位地址：

統一編號：

機構電話：

承辦人：

目錄

- 壹、 計畫名稱
- 貳、 計畫源起
- 參、 計畫目的
- 肆、 實施地點
- 伍、 機構簡介
 - 一、 機構服務對象
 - 二、 機構收費標準
- 陸、 計畫實施方式
 - 一、 補助對象
 - 二、 補助內容
 - 三、 補助方式
- 柒、 申請補助名冊暨經費概算表
- 捌、 預期效益
- 玖、 經費來源

【註】：機構得視需要自行增列標題、計畫內容及變動標題排序，惟應包含前開所列之項目及內容。

壹、 計畫名稱

貳、 計畫源起

參、 計畫目的

肆、 實施地點

伍、 機構簡介

一、 機構服務對象

二、 機構收費標準

陸、 計畫實施方式

一、 補助對象

二、 補助內容

三、 補助方式

柒、 申請補助名冊暨經費概算表

捌、 預期效益

玖、 經費來源

【註】

- 1、各項目所列金額應與申請補助名冊暨經費概算表所列各項總金額相符。
- 2、如有同時接受其他政府機關補助之生活資材費用，請於下表增列項目欄—「其他政府機關補助金額」並填具補助總額，無則免之。

項目	金額	備註
計畫總經費		
原住民族委員會 補助總額		補助人數計____人 (男__人；女__人)

自負額總額		
-------	--	--

(執行單位名稱)

109 年度原住民身心障礙者機構式服務生活資材費用補助計畫－申請補助名冊暨經費概算表(單位:新臺幣)

序號	姓名	性別	族別	出生年月日	戶籍地址	障礙等級	經濟程度 (低收入戶、 中低收入戶、 一般戶)	補助身心障礙者日間 照顧及住宿式照顧費用 補助核定公文	預估每月生活 資材費 (A)	申請原民會每月 生活資材費補助 (B)	申請 月份 (C)	預估生活資 材費總額 (A*C=D)	申請原民會生活 資材費補助總額 (B*C=E)	自負額總額 (D-E=F)	備註	
	身份證 字號															
範例 1	王小明 U123456789	男	布農族	1982.11.2	新北市新莊 區中平路439 號	中度	低收入戶	106.02.22 xxxx 第 10600xxxxx 號	5,000	4,000	12	60,000	48,000	12,000		
範例 2	李阿花 U221123123	女	阿美族	1980.10.2	新北市新莊 區中平路439 號	輕度	中低收入戶	106.02.22 xxxx 第 10600xxxxx 號	4,000	3,500	12	48,000	42,000	6,000		
3																
4																
5																
		男生 1人											合計	計畫總經費	申請原民會補助 總額	自負額總額
		女生 1人												108,000	90,000	18,000

附件3—申請補助名冊暨經費概算表

附件 4—領據格式

領 據

茲收到 原住民族委員會 109 年度原住民身心障礙者機構式服務生活資材費用補助計畫第 期補助款共計新臺幣 佰 拾 萬 仟 佰 拾 元整，業經收訖立據為憑。如因故無法履行補助條件，將依 貴會規定，退回部份或全部補助款。

此致

原住民族委員會

經手人（出納）： (簽章) 身分證字號：

會計： (簽章) 身分證字號：

負責人： (簽章) 身分證字號：

具領單位名稱： (簽章) 主管機關登記字號：

(蓋社團圖記或公司章) 統一編號：

住 址：

中 華 民 國 年 月 日

【請詳填以下資料並檢附存摺封面影本，以利本會歸檔及撥款】

本會補助公文函號：

計畫名稱：

聯絡人姓名：

聯絡人電話：

傳真：

聯絡人地址：

【撥款帳戶資料】 <為免錯誤請註明分行、分社、支庫或辦事處之詳細名稱，>

金融名稱：

戶名：

帳號：

附件 5—各機關單位經費補(捐)助分攤表

(受補助單位)

計畫或活動名稱：

(填寫貴機構所送之計畫名稱)

各機關單位經費補(捐)助分攤表

補(捐)助機關單位	補(捐)助項目及金額	所占比例
	生活資材費	
原住民族委員會		
自籌部分		
合計(經費總額)		100%

項目	金額	應繳回比例	應繳回金額
利息收入			
衍生收入			

承辦人

主辦出納

主辦會計

負責人

附件 6—費用結報明細表

受補(捐)助或

委託單位：_____

費用結報明細表

年度：

年

月

日

第

頁

計畫 名稱		全部計畫或活 動經費總額	
----------	--	-----------------	--

計畫 名稱									
支 用 內 容									
憑證 編號	用途別	摘 要	金 額						
			佰	拾	萬	仟	佰	拾	元
		合 計							

註：1.憑證號碼按「支出憑證黏存單（附表八）」上之原始單據(如發票、收據、支出證明單……)依序編號，編於各單據右下角，但一張「支出憑證黏存單」粘貼一張以上單據者，該紙上之「憑證編號」欄須書明「○號至○號」，但本明細表仍應按各單據逐一依序填列。

2.用途別欄請填列本計畫補助項目（如：生活資材費）。

3.關於憑證結報事項，請依行政院主計處核定之「支出憑證處理要點」辦理。

承辦人 主辦出納 主辦會計 負責人

○○團體名稱

支出憑證黏存單

傳票號碼 _____

單據： _____ 張

憑 證 編 號	預算科目或工作(業務)計畫	金 額							備 註		
第 號		億	千	百	十	萬	千	百	十	元	
		萬	萬	萬							

用途或案據																				
經辦單位		驗收或證明					會計單位					機關長官或授權代簽人								

----- 憑 證 黏 貼 線 -----

提高工作效率，注意憑證內容具備事項：

- 機關：全銜。
- 時間：年月日。
- 印章：商號正式印章。
- 地址：縣市街巷門牌。
- 財物或營繕：名稱規格數量。
- 單位：儘可能用標準制。
- 金額：單價總價(需相符)。
- 實收：中文大寫。
- 用途：詳細具體。
- 印花：照規定貼並銷印。
- 更改：商號加章負責。
- 無效：擦刮挖補塗改鉛筆書寫墨跡不勻。
- 文字：應翻中文。
- 外幣：應折新台幣及註折合率。
- 印刷或紙張：附樣張。
- 電報費：附事由箋。
- 旅費：附旅費報告表。

說明：

1. 本用紙除「憑證編號」及「預算科目」兩欄由主計部門填列外，其餘各欄應由經辦報銷工作之事務人員填列。
2. 本用紙憑證粘貼線上端有關人員蓋章欄之欄數得視各機關經理財物工作之實際分工程序自行增減。
3. 凡提供參考之附件，如不能同時粘貼，則記明某號憑證之附件，按號另裝成冊一併附送，並於憑證簿封面上註明外附件若干件。
4. 對不同工作計畫或用途別之原始憑證及發票請勿混合黏貼。
5. 單據黏貼時，按憑證黏貼線由左邊至右對齊，面積大者在下，小者在上，由上而下黏貼整齊，每張發票之間距離約 0.5 公分，並以 5 張為限。
6. 簽署欄位依職稱大小，「由上而下，由左而右」。

財產登記訖：

- 附件 8—支出憑證黏存單
- 附件 9—執行單位執行計畫切結書

執行單位執行計畫切結書

本機構_____

向原住民族委員會申請 109 年度原住民身心障礙者機構式服務生活資材費用補助計畫，補助本機構服務對象-身心障礙原住民共_____人，實際支用金額計_____元(補助對象清冊如後附)；本補助款專款專用，並未移作他用，且按核定計畫內容切實執行，未有任意調整之情事，如有不實，本機構同意歸還已領取之補助款項，並負一切法律責任。特此切結為憑。

機構名稱： (社團圖記或公司章)

主管機關登記字號：

統一編號：

住址：

負責人： (簽章) 身份證字號：

中華民國 年 月 日

附件 10—補助對象清冊

補助對象清冊

序號	補助對象	身分證字號	機構每月收費項目/金額(元)	生活資材每年補助項目	生活資材每年補助總額	本人簽名(或蓋章)
範例	王小明	A123456789	月費 /00 元 管路或特殊照護費/00 元 復健費/00 元 因病就診費/00 元	尿布 80 片； 亞培安素 50 罐； 抽痰包 30 份、酒精棉片 50 片	48,000	

			個人衛生用品/00 元 特殊營養品/00 元 醫材或耗材費用/00 元			

註：1. 若本人無法簽名及蓋章，請由監護人代為簽名或蓋章，並需檢附證明文件

2. 如表格不足請執行單位自行增列。

附件 11—執行成果報告書參考格式

(單位名稱)辦理

(機構所送計畫名稱)成果報告書

填報日期： 年 月 日

壹、 前言

貳、 實施期程

109年__月__日至109年__月__日

參、 本計畫服務對象概況

編號	受補助人	性別	族群別	障礙程度	低收入戶/中低收入戶/ 一般戶	生活資材 項目	金額(新臺幣/ 元)
範例	王小明	男	布農族	中度	低收入戶	尿布 80 片；亞培安素 50 罐；抽痰包 30 份、酒精棉片 50 片。	48,000
						合計	(實際支用數總額)

肆、 投入資源

- 一、 人力資源
- 二、 物質資源

伍、 達成成效

陸、 成果照片

附件 12—實地查核紀錄表

109 年度原住民身心障礙者機構式服務生活資材費用補助計畫實地查核紀錄表			
			查核日期：109 年 月 日
查核機關		受查核單位	
計畫名稱			
計畫補助金額 (新臺幣)	元	計畫執行期間	109 年 月 日至 109 年 月 日

核定計畫內容	1. 補助對象：_____人（男性_____人；女性_____人）。 2. 工作項目： (1) 協助原住民身心障礙者生活調適，照顧原住民身心障礙者住宿式服務需求。 (2) 補助個人衛生耗材、醫療耗材、營養品等相關費用。 3. 預期效益： (1) 提升身心障礙者所使用個人衛生耗材、醫療耗材及營養品品質。 (2) 提升身心障礙者安全舒適，提供多元化照顧服務，及妥適照護資源。
--------	--

一、預算執行情形

查核項目	執行情形概述	與計畫不符原因說明
1.經費支用情形	預定支用數_____元。 實際支用數_____元。	
2.計畫經費管理	(1) 與計畫原定支出項目。 <input type="checkbox"/> 相符 <input type="checkbox"/> 不符	
	(2) 憑證由專人保管，保管人 <input type="checkbox"/> 相符 <input type="checkbox"/> 不符	
	(3) 計畫收入專人管理，且專款專用。 <input type="checkbox"/> 相符 <input type="checkbox"/> 不符	
	(4) 按月補助原住民身心障礙者機構式服務生活資材費用。 <input type="checkbox"/> 相符 <input type="checkbox"/> 不符	
	(5) 其他：如已領補助款有賸餘款，立即將賸餘款繳回本會。 <input type="checkbox"/> 相符 <input type="checkbox"/> 不符	

二、計畫執行情形

查核項目	執行情形概述	與計畫不符原因說明
1.計畫執行進度	與計畫原定執行進度。 <input type="checkbox"/> 相符 <input type="checkbox"/> 不符	
2.計畫管理情形	(1) 接受補助之服務對象因故未繼續接受服務時，立即函知本會及直轄市或縣(市)政府。 <input type="checkbox"/> 相符 <input type="checkbox"/> 不符	
	(2) 核定補助對象與實地查核應補助對象相符。 <input type="checkbox"/> 相符 <input type="checkbox"/> 不符。	

	(3) 配合本會或直轄市及縣(市)政府定期或不定期之查核與輔導。 <input type="checkbox"/> 相符 <input type="checkbox"/> 不符。	
	(4) 其他：(工作日誌或其他文件查核情形)	
3.計畫執行成效	(1) 實際提供_____人(男性__人;女性人)生活資材費補助。	
	(2) 其他：	
受查核單位 建議事項		
查核機關 綜合意見	<input type="checkbox"/> 依規定辦理。 <input type="checkbox"/> 待改善，說明如下：	
後續處理方式 (依規定辦理者免填)	<input type="checkbox"/> 現場口頭要求 <input type="checkbox"/> 正式發函處理 <input type="checkbox"/> 近期內再次訪視	
查核人員簽名		受補助單位簽名