

## 臺中市政府衛生局 函

地址：420206臺中市豐原區中興路136號  
承辦人：技士 鄭鈞群  
電話：25265394#3230  
電子信箱：hbtcf00614@taichung.gov.tw

受文者：社團法人臺中市大臺中醫師公會

發文日期：中華民國113年1月29日  
發文字號：中市衛醫字第1130010559號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：

主旨：轉知衛生福利部113年度醫事人員至原住民族地區開業補助案，敬請貴公會轉知所屬會員知悉，請查照。

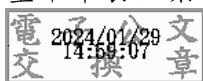
說明：

- 一、依據衛生福利部113年1月19日衛部照字第1131560155號函辦理。
- 二、依衛生福利部補助醫事人員至原住民族地區開業要點第4點第1項規定：「在原住民族地區開業，且開業時之部落或村（里）無其他同類型機構者，得申請本要點之補助」。
- 三、請轉知所屬會員，如有至原住民族地區開業補助需求，請詳閱該要點及補助應注意事項規定，並於開業日起6個月內提出申請，並檢具申請書（含開業執照、發票）、切結書各1式4份（正本1份，影本3份）等申請資料函送本局辦理初審，俾利後續層轉衛生福利部審查。
- 四、本案相關「衛生福利部補助醫事人員至原住民族地區開業要點、申請書、切結書及注意事項」已公告於本局局網（網址：<https://www.health.taichung.gov.tw/26204/Lpsimplelist>），請逕自下載及參閱使用。

五、副本抄送本市食品藥物安全處、本局長期照護科、心理健康科，貴管醫事機構如符合補助條件，請初審及提供審查意見後函送衛生福利部審查(隨到隨送)。

正本：本市各醫師公會、社團法人臺中市護理師護士公會、社團法人臺中市大臺中護理師護士公會、社團法人臺中市藥師公會、社團法人臺中市新藥師公會、臺中市第一藥劑生公會、臺中市藥劑生公會、臺中市諮商心理師公會、臺中市臨床心理師公會、臺中市醫事檢驗師公會、臺中市大臺中醫事檢驗師公會、臺中市醫事檢驗生公會、臺中市醫事放射師公會、臺中市語言治療師公會、臺中市職能治療師公會、台中市物理治療師公會、台中市聽力師公會、臺中市驗光生公會、臺中市驗光師公會

副本：臺中市食品藥物安全處、本局長期照護科、本局心理健康科、本局醫事管理科



裝

訂

線



# 衛生福利部補助醫事人員至原住民族地區開業申請書

## 附表一

### 壹、基本資料

1、機構名稱：\_\_\_\_\_ 統一編號：\_\_\_\_\_

機構地點：\_\_\_\_\_ 縣市 \_\_\_\_\_ 鄉鎮 \_\_\_\_\_ 村 \_\_\_\_\_ 路 \_\_\_\_\_ 號

2、申請人：\_\_\_\_\_，出生年次：民國 \_\_\_\_\_ 年，性別：\_\_\_\_\_

聯絡地址：\_\_\_\_\_，電話：\_\_\_\_\_，手機：\_\_\_\_\_

E-Mail：\_\_\_\_\_ 傳真：\_\_\_\_\_

3、負責之醫事人員：\_\_\_\_\_，電話：\_\_\_\_\_，手機：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

畢業學校：\_\_\_\_\_，畢業年月：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

是否為公費生：\_\_\_\_\_，原住民族別：\_\_\_\_\_，性別：\_\_\_\_\_

證書字號：\_\_\_\_\_ 字 \_\_\_\_\_ 號，領證年月：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

專科證書字號：\_\_\_\_\_ 專醫 \_\_\_\_\_ 字 \_\_\_\_\_ 號，領證年月：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_

月

經 歷：

起訖年月

開執業縣市

機構名稱

\_\_\_\_\_ (目前執業處)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4、 人員配置：

5、 設置科別：

6、 門診或服務時間：

	一	二	三	四	五	六	日
上午							
下午							
夜間							

貳、 機構需要性分析

1、 機構目的：

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

2、 預估服務概況：

項目	年別	第一年	第二年
全年服務人次			

參、 開業經費需求及來源

1、開業總經費：\_\_\_\_\_元(含自籌與申請補助)。

2、本次所提開業計畫是否已申請貸款：

是，貸款銀行：\_\_\_\_\_銀行\_\_\_\_\_分行

貸款金額：\_\_\_\_\_元

貸款期限：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

(\*請備貸款銀行借據及清償明細表)

否

申請人：\_\_\_\_\_ (簽章並蓋機構章)

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

## 附表二

院舍硬體工程摘要：

一、建築面積：

總樓地板面積：\_\_\_\_\_坪 (不含停車場及宿舍)

樓層數：地上\_\_\_\_\_層，地下\_\_\_\_\_層

各樓層設計：

層別	樓地板面積 (坪)	用途 (請詳列)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

合計 \_\_\_\_\_

(各樓層用途如含停車場或宿舍，請註明其面積)

二、建立機構土地現況：

土地取得情形：

自有

擬購

租賃

其他 \_\_\_\_\_

三、建立機構房舍現況：

房舍取得情形：

自有

擬購

租賃

其他 \_\_\_\_\_

附表三

\_\_\_\_\_ (機構名稱) 申請補助經費明細表

一、機構裝潢及結構安全鑑定費用：

單位：元

項 目 (請依發票品項，逐一 列出)	單價(含稅)	數量	總價(含稅)	用 途 說 明	經費來源 (請填自籌或申 請補助， <u>自籌</u> <u>無需附憑證</u> )
合 計					

備註：

- 1、請將原始單據正本依表內順序附於表後（個人出具之收據應依印花稅法規定辦理）。
- 2、請附照片並標註名稱。
- 3、請換算為含稅價。

二、費用申報、建置電子記錄或遠距會診所需配置之電腦、相關設備及物品(耗材不補助)：

單位：元

品 名 (請依發票品項，逐一列 出)	單價(含稅)	數量	總價(含稅)	用 途 說 明	經費來源 (請填自籌或申 請補助， <u>自籌</u> <u>無需附憑證</u> )





合 計		
-----	--	--

備註：

- 1、請檢附廠商交貨清冊及原始憑證正本（統一發票或收據），並依支出憑證處理要點規定辦理。
- 2、請換算為含稅價。

四、醫療器材、醫療儀器或居家護理機構設備費用(耗材不補助)：

單位：元

品名 (請依發票品項，逐一列出)	單價(含稅)	數量	總價(含稅)	用途說明	經費來源 (請填自籌或申請補助，自籌無需附憑證)
合 計					

備註：

- 1、訂有契約者，應檢附採購合約影本(註明「與正本相符」並蓋機構章)、原始單據正本(個人出具之收據應依印花稅法規定辦理)。



臺中市政府衛生局

113年度醫事人員至原住民族地區開業補助審查意見表

醫事人員	機構名稱	開業地址	<b>審查意見：</b> 考量資源之有限及其分配效能，請地方衛生主管機關確實審核，申請機構開業時之部落或村(里)有無其他同類型機構及補助需求意見，俾利憑辦

業務承辦人：

主管：

## 醫事人員申請至原住民族地區開業補助注意事項

一、檢具申請資料1式4份(正本1份，影本3份)。

(一) 申請書、切結書：請完整填列機構基本資料(含人員配置、科別、服務時間)、需要性分析、經費需求及來源、硬體工程摘要與申請補助經費明細表並檢附支出憑證正本(以當年度為原則)。

(二) 開業執照影本。

二、受補助對象請領補助經費時，應依本部核定補助經費掣據，檢具補助經費明細表，補助項目如為財產、物品或電腦軟體者，並應分別檢具財產增加單、物品保管單或軟體保管單以憑撥款。

三、申請補助經費項目之支出憑證，應依政府支出憑證處理要點規定辦理，摘述如下

(一) 支出憑證為收據者

1、收據應由其受領人或其代領人簽名，並記明下列事項：

(1) 受領事由。

(2) 實收數額。

(3) 支付機關名稱。

(4) 受領人之姓名或名稱、地址暨國民身分證或營利事業統一編號。受領人如為機關或本機關人員，得免記其地址及其統一編號。

(5) 開立日期。

2、前項各款如記載不明，應通知補正，不能補正者，應由經手人詳細註明，並簽名證明之。

(二) 支出憑證為統一發票者

1、統一發票應記明下列事項：

(1) 營業人之名稱、地址及其營利事業統一編號。

(2) 採購名稱。

(3) 單價、數量及總價。

(4) 開立統一發票日期。

(5) 買受機關名稱。

2、前項各款如記載不明，應通知補正，不能補正者，應由經手人詳細註明，並簽名證明之。第二款必要時，應註明廠牌或規格。第二款及第三款如以其他相關清單佐證者，得免逐項填記。第五款之買受機關名稱如確係具有機密性者，得免註明。

3、收銀機或計算機器開具之統一發票，應輸入各機關統一編號，若未輸入統一編號，應請營業人加註買受機關名稱或統一編號後，加蓋統一發票專用章。若統一發票僅列日期、貨品代號、數量、金額者，應由經手人加註貨品名稱，並簽名；如其他相關憑證已記載採購事項及貨品名稱者，得免加註。

(三) 收據若無明細項目，請廠商另開立明細項目(含數量、單價等)並蓋廠商章；發票若為二聯式應檢附收執聯 1 聯，若為三聯式發票則檢附收執聯及扣抵聯共 2 聯

四、採購案於經費結報時，應檢附收據或統一發票、驗收證明文件或其他足資證明之相關文件；訂有契約者，應檢附契約影本。

五、影本應影印清楚完整，購買之發票收據若不符合以上所述及會計之規定，則不予補助。

六、所屬衛生局應進行初審，並函送審查意見表憑辦。

※請用 A4 紙張直式裝釘成冊（發票收據黏貼勿超出 A4 紙大小），

**正本申請書請自行編列頁數後，再影印 3 份影本**，並自存一份以備核對。