**核銷範本與注意事項**

1. **派案流程**：
2. 受託單位有意願及床位安置，先依單位規定進行體檢，雙方確認同意後送案。
3. 個案入住受託單位後，本府寄發公文予受託單位，以入住日第一日起算安置日。
4. **個案若有特殊情況，請提前告知本府承辦人，以利轉派其他簽約單位，不得任意轉移個案或未經本府同意由第三人帶離，相關法律責任依契約內容辦理。**
5. **本計畫之安置費用由本府先行代墊支付，費用支付方式與限制說明如下：**
6. 照顧費月費額度及上限：
7. 護理之家：每月最高31,000元。
8. 長期照顧中心：每月最高31,000元。
9. 長期照顧機構：每月最高27,000元。
10. 精神復健機構：依縣市政府主管機關公告或核定通過之收費標準計價。
11. 醫院呼吸治療病房：依衛生福利部中央健康保險署或醫院收費標準計價。
12. 醫院精神病房：依衛生福利部中央健康保險署或醫院收費標準計價。
13. 身心障礙福利服務機構：每月照顧費以新竹縣身心障礙者日間及住宿式照顧費用補助計算。
14. **備註：照顧費報價上限，不得超過單位多人房收費基準。(住宿費、伙食費、點心費及休閒活動費之加總為照顧費)**
15. 特殊照顧費月費額度及上限：每月鼻胃管最高1,100元、尿管最高1,100元、氣切管最高2,000元。**備註：特殊照顧費報價上限，不得超過單位特殊照顧費或管路費收費基準。**
16. 就醫陪診與交通費用額度及上限：依實核支，單趟最高500元，來回最高1,000元。如因疫情或病情特殊需跨縣市至其他醫院或診所，單趟最高增加250元，來回最高增加500元。
17. 生活及醫療費額度及上限：依實核支，生活用品類、營養補充類相關費用，每月最高新臺幣6,000元。依實核支，維生器材相關費用、就醫相關費用、復健相關費用、輔具相關費用、傷口照顧與護理相關費用、救護車交通費與住院看護費用。
18. 社會參與及適應費：本項目限精神復健機構（康復之家）及身心障礙福利服務機構(教養院、社區家園)申請，用途範圍為受安置個案從事社會適應、社區活動、生活學習或其他有關精神復健或康復之必要支出，得以活動照片或書面紀錄作為請款依據，並註記用途與支出金額，依實核支，每月最高1,500元。
19. **核銷注意事項**：
20. 占床費用：個案住院期間，依機構收費標準計算佔床費用。
21. 核銷修改：
    1. **領據**必須正確，正本不得修改，若有誤，應重新製作。
    2. **清冊**內容若有錯誤，補正處應核章且印章應蓋在修正處上。
22. 清冊金額：應與檢附之收據、發票或憑證相符或可核算，未有前項證明不得請領。
23. 床費單價：入住天數未足月，請以該契約核定之安置費除日曆天(30/31)計算單日價格。
24. 發票事項：應檢附明細，明細應註記購買項目，若無明細，應註記購買項目在發票上。
25. 收據事項：收據只能蓋單位印章，不得混蓋免用統一發票印章。
26. 自開收據：自行開立之憑證或收據請蓋單位印章或負責人印章。
27. **就醫陪診與交通費用：依實核支，單趟最高500元，來回最高1,000元。如因疫情或病情特殊需跨縣市至其他醫院或診所，單趟最高增加250元，來回最高增加500元。此為合併計價，不得拆開獨立計算。**
28. 安置費注意事項：每月核銷之安置費應扣除個案已請領之補助，列舉如下。如有重複申請或溢領應繳回本府。
29. 新竹縣身心障礙者日間及住宿式照顧費用補助。
30. 新竹縣經濟弱勢失能老人接受長期照顧機構式服務補助。
31. 其他健保或福利補助相關項目。
32. 核銷步驟
33. 領據：單面列印，以阿拉伯數字計算總金額，**不得混貼任何東西**。
34. 清冊：單面列印，以阿拉伯數字計算項目金額，**不得混貼任何東西**，金額除照顧費、特殊照顧費外，應檢附收據、發票、領據、憑證正本或收費標準作為核銷依據。
35. 收據、發票、領據或憑證：單面黏貼，勿雙面黏貼或使用釘書機。
36. 檢附進貨單：進貨單需要有清楚的品項金額，以核算品項單項費用。
37. **就醫陪診與交通費憑證**：使用下方核銷範本，應確實核章並詳實填寫核銷內容。
38. **核銷範本如下：**

|  |
| --- |
| 新竹縣**身心障礙者及老人保護安置**領據  茲領到　**新竹縣身心障礙者及老人保護安置　之安置費用。**  **受安置對象＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿**  **請款日期＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日-＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日＿＿ ＿＿＿**  **安置費共計新臺幣(國字大寫)+（阿拉伯數字） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿**  此　據  　　新竹縣政府  領款單位：　　　　　　　　　　　　（簽　章）  負責人：　　　　　　　　　　　　　（簽　章）  統一編號：  撥款帳戶名稱：  撥款分行／帳號：  公司地址：  聯絡電話：  中華民國＿＿＿＿＿＿年＿＿＿＿＿＿月＿＿＿＿＿＿日 |

**核銷清冊–通用版**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **編號** | **姓名** | **性別** | | **身分證號** | | | **入住日期** | | | **請款日期** | |
| **1** |  |  | |  | | | **年　　月　　日** | | | **年　　月　　日**  **年　　月　　日** | |
| **A**  **核銷項目** | **1、照顧費** | | | **共計 元**  (若入住日非完整30/31日，請以日曆天計算單價並註記佔床費，並登載計價方式於該欄位) | | | | | | |
| **2、特殊照顧費** | | | **鼻胃管　　　 元** | | | **尿管 元** | | | **氣切管 元** |
| **3、就醫陪診與交通費** | | | **趟，共計 元** | | | | | | |
| **4、生活及醫療費** | | | **生活用品類、營養補充類相關費用：**  **1、**(品項+金額)  **2、**(品項+金額)  **共計 元** | | | | | | |
| **維生器材相關費用、就醫相關費用、復健相關費用、輔具相關費用、傷口照顧與護理相關費用、救護車交通費與住院看護費用：**  **1、**(品項+金額)  **2、**(品項+金額)  **共計 元** | | | | | | |
|  | **B**  **已請領之補助** | | | | **1、新竹縣身心障礙者日間及住宿式照顧費用補助：**  **補助起始日 年 月 日，每月 　　 元**  **2、新竹縣經濟弱勢失能老人接受長期照顧機構式服務補助：**  **補助起始日 年 月 日，每月 　　 元**  **3、其他健保或福利補助相關項目：**  **補助起始日 年 月 日，每月 　　 元** | | | | | | |
| 單位印章 | | | 負責人印章 | | | 會計印章 | | | 出納印章 | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **編號** | **姓名** | **性別** | | **身分證號** | | | **入住日期** | | | **請款日期** | |
| **2** |  |  | |  | | | **年　　月　　日** | | | **年　　月　　日**  **年　　月　　日** | |
| **A**  **核銷項目** | **1、照顧費** | | | **共計 元**  (若入住日非完整30/31日，請以日曆天計算單價並註記佔床費，並登載計價方式於該欄位) | | | | | | |
| **2、特殊照顧費** | | | **鼻胃管　　　 元** | | | **尿管 元** | | | **氣切管 元** |
| **3、就醫陪診與交通費** | | | **趟，共計 元** | | | | | | |
| **4、生活及醫療費** | | | **生活用品類、營養補充類相關費用：**  **1、**(品項+金額)  **2、**(品項+金額)  **共計 元** | | | | | | |
| **維生器材相關費用、就醫相關費用、復健相關費用、輔具相關費用、傷口照顧與護理相關費用、救護車交通費與住院看護費用：**  **1、**(品項+金額)  **2、**(品項+金額)  **共計 元** | | | | | | |
|  | **B**  **已請領之補助** | | | | **1、新竹縣身心障礙者日間及住宿式照顧費用補助：**  **補助起始日 年 月 日，每月 　　 元**  **2、新竹縣經濟弱勢失能老人接受長期照顧機構式服務補助：**  **補助起始日 年 月 日，每月 　　 元**  **3、其他健保或福利補助相關項目：**  **補助起始日 年 月 日，每月 　　 元** | | | | | | |
| 單位印章 | | | 負責人印章 | | | 會計印章 | | | 出納印章 | | |

**核銷清冊 – 康復之家、身障福利機構版**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **編號** | **姓名** | **性別** | | **身分證號** | | | **入住日期** | | | **請款日期** | |
| **1** |  |  | |  | | | **年　　月　　日** | | | **年　　月　　日** | |
| **A**  **核銷項目** | **1、照顧費** | | | **共計 元**  (若入住日非完整30/31日，請以日曆天計算單價並註記佔床費，並登載計價方式於該欄位) | | | | | | |
| **2、特殊照顧費** | | | **鼻胃管　　　 元** | | | **尿管 元** | | | **氣切管 元** |
| **3、就醫陪診與交通費** | | | **趟，共計 元** | | | | | | |
| **4、生活及醫療費** | | | **生活用品類、營養補充類相關費用：**  **1、**  **2、**  **項，共計 元** | | | | | | |
| **維生器材相關費用、就醫相關費用、復健相關費用、輔具相關費用、傷口照顧與護理相關費用、救護車交通費與住院看護費用：**  **1、**  **2、**  **項，共計 元** | | | | | | |
| **5、社會參與及適應費** | | | **1、**  **2、**  **項，共計 元**  本項目限精神復健機構（康復之家）及身心障礙福利服務機構(教養院、社區家園)申請，用途範圍為受安置個案從事社會適應、社區活動、生活學習或其他有關精神復健或康復之必要支出，得以活動照片或書面紀錄作為請款依據，並註記用途與支出金額，依實核支，每月最高1,500元。 | | | | | | |
| **B**  **已請領之補助** | | | | **1、新竹縣身心障礙者日間及住宿式照顧費用補助：**  **補助起始日 年 月 日，每月 　　 元**  **2、新竹縣經濟弱勢失能老人接受長期照顧機構式服務補助：**  **補助起始日 年 月 日，每月 　　 元**  **3、其他健保或福利補助相關項目：**  **補助起始日 年 月 日，每月 　　 元** | | | | | | |
| 單位印章 | | | 負責人印章 | | | 會計印章 | | | 出納印章 | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **編號** | **姓名** | **性別** | | **身分證號** | | | **入住日期** | | | **請款日期** | |
| **2** |  |  | |  | | | **年　　月　　日** | | | **年　　月　　日** | |
| **A**  **核銷項目** | **1、照顧費** | | | **共計 元**  (若入住日非完整30/31日，請以日曆天計算單價並註記佔床費，並登載計價方式於該欄位) | | | | | | |
| **2、特殊照顧費** | | | **鼻胃管　　　 元** | | | **尿管 元** | | | **氣切管 元** |
| **3、就醫陪診與交通費** | | | **趟，共計 元** | | | | | | |
| **4、生活及醫療費** | | | **生活用品類、營養補充類相關費用：**  **1、**  **2、**  **項，共計 元** | | | | | | |
| **維生器材相關費用、就醫相關費用、復健相關費用、輔具相關費用、傷口照顧與護理相關費用、救護車交通費與住院看護費用：**  **1、**  **2、**  **項，共計 元** | | | | | | |
| **5、社會參與及適應費** | | | **1、**  **2、**  **項，共計 元**  本項目限精神復健機構（康復之家）及身心障礙福利服務機構(教養院、社區家園)申請，用途範圍為受安置個案從事社會適應、社區活動、生活學習或其他有關精神復健或康復之必要支出，得以活動照片或書面紀錄作為請款依據，並註記用途與支出金額，依實核支，每月最高1,500元。 | | | | | | |
| **B**  **已請領之補助** | | | | **1、新竹縣身心障礙者日間及住宿式照顧費用補助：**  **補助起始日 年 月 日，每月 　　 元**  **2、新竹縣經濟弱勢失能老人接受長期照顧機構式服務補助：**  **補助起始日 年 月 日，每月 　　 元**  **3、其他健保或福利補助相關項目：**  **補助起始日 年 月 日，每月 　　 元** | | | | | | |
| 單位印章 | | | 負責人印章 | | | 會計印章 | | | 出納印章 | | |

**就醫陪診與交通費憑證**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 編號 | 姓名 | 交通日期 | | 起點地點 | | 終點地點 | | 請款金額 | 來回打勾 |
| 1 |  | 月　　日 | |  | |  | | 元 |  |
| 月　　日 | |  | |  | | 元 |  |
| 月　　日 | |  | |  | | 元 |  |
| 月　　日 | |  | |  | | 元 |  |
| 月　　日 | |  | |  | | 元 |  |
| 編號 | 姓名 | 交通日期 | | 起點地點 | | 終點地點 | | 請款金額 |  |
| 2 |  | 月　　日 | |  | |  | | 元 |  |
| 月　　日 | |  | |  | | 元 |  |
| 月　　日 | |  | |  | | 元 |  |
| 月　　日 | |  | |  | | 元 |  |
| 月　　日 | |  | |  | | 元 |  |
| 編號 | 姓名 | 交通日期 | | 起點地點 | | 終點地點 | | 請款金額 |  |
| 3 |  | 月　　日 | |  | |  | | 元 |  |
| 月　　日 | |  | |  | | 元 |  |
| 月　　日 | |  | |  | | 元 |  |
| 月　　日 | |  | |  | | 元 |  |
| 月　　日 | |  | |  | | 元 |  |
| 單位印章 | | | 負責人印章 | | 會計印章 | | 出納印章 | | |