

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：25263394#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112年3月1日

發文字號：中市衛醫字第1120020642號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

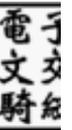
附件：詳說明四 (387140000I_1120020642_ATTACH1.odt、

387140000I_1120020642_ATTACH2.odt、387140000I_1120020642_ATTACH3.odt)

主旨：轉知衛生福利部112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：

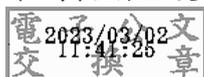
- 一、依據衛生福利部112年2月18日衛部照字第1121560245號函辦理。
- 二、依衛生福利部補助醫事人員至原住民族地區開業要點第4點第1項規定：「在原住民族地區開業，且開業時之部落或村（里）無其他同類型機構者，得申請本要點之補助」。
- 三、敬請貴公會轉知所屬會員，如有至原住民族地區開業補助需求，請詳閱本要點及補助應注意事項規定，並於開業日起6個月內提出申請，檢具申請書（含開業執照、發票）、切結書各1式4份（正本1份，影本3份）等申請資料函送本局辦理初審事宜。
- 四、檢送「衛生福利部補助醫事人員至原住民族地區開業要點」、申請書、切結書及注意事項各1份，旨案相關文件電子檔請至衛生福利部網站（網址：<http://www.mohw.gov>）。



tw，路徑：首頁/最新消息/公告訊息/112年度)項下下
載。

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

副本：本局長期照護科、本局心理健康科、臺中市食品藥物安全處、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要點

94年11月7日衛署照字第0942801807號公告
96年6月4日衛署照字第0962800761號公告修正
102年7月8日衛署照字第1022863640號公告修正
102年12月31日衛部照字第1021581011號函修正
107年1月10日衛部照字第1061562942號函修正
107年6月6日衛部照字第1071560410號函修正

一、衛生福利部（以下簡稱本部）為補助醫事人員至原住民族地區開業，特訂定本要點。

二、本要點所稱受補助對象，指領有專門職業證書之醫事人員，依各類醫事人員法規規定申請設置之醫療機構、護理機構及其他醫事機構。

三、本要點所稱原住民族地區，係指三十個山地原住民族地區及二十五個平地原住民族地區。

山地原住民族地區包括：宜蘭縣大同鄉及南澳鄉；新北市烏來區；桃園市復興區；新竹縣尖石鄉及五峰鄉；苗栗縣泰安鄉；台中市和平區；南投縣信義鄉及仁愛鄉；嘉義縣阿里山鄉；高雄市茂林區、桃源區及那瑪夏區；屏東縣三地門鄉、霧臺鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉及牡丹鄉；花蓮縣秀林鄉、萬榮鄉及卓溪鄉；臺東縣海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉及蘭嶼鄉。

平地原住民族地區包括：新竹縣關西鎮；苗栗縣南庄鄉、獅潭鄉；南投縣魚池鄉；屏東縣滿州鄉；臺東縣台東市、成功鎮、大武鄉、太麻里鄉、東河鄉、長濱鄉、鹿野鄉、關山鎮、池上鄉、卑南鄉；花蓮縣花蓮市、新城鄉、吉安鄉、鳳林鎮、壽豐鄉、光復鄉、豐濱鄉、瑞穗鄉、玉里鎮、富里鄉。

四、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。

前項所稱部落，以原住民族委員會核定公告者為限。

五、前點所定得申請補助之項目及額度如下：

（一）機構裝潢及結構安全鑑定費用：新臺幣二十萬元以下。

（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：新臺幣二十萬元以下。

（三）藥品費用：新臺幣十萬元以下。

（四）醫療器材、醫療儀器或居家護理機構設備費用：新臺幣三十萬元以下。

前項各款費用補助之金額合計不得逾新臺幣五十萬元。

第一項之補助，每一機構以補助一次為限，已領有本部或依其他法令規定之開業補助或獎勵經費者，不得重複申請。

六、補助申請期間，由本部每年定期公告之。

七、受補助對象應於開業日起六個月內檢具下列文件，送由所在地衛生主管機關審核後，轉本部辦理，並經審查通過後再予補助：

(一)申請書。

(二)開業執照影本。

(三)第五點第一項各款費用支出憑證正本。

八、受補助對象所繳交之申請文件，如有不實或與補助用途不符者，本部將追繳已給付之補助經費。

九、受補助對象應自本部核准補助日起，在該核准開業所在之部落或村(里)提供服務至少二年。未滿二年者，應繳回受領之全部補助經費。

十、受補助對象應於受補助購置之設備以文字標示「衛生福利部補助購置」字樣；其使用年限，應依行政院所定之財物標準分類規定辦理並列冊管理。

十一、本部為瞭解補助經費之執行情形，必要時得派員或會同有關機關對受補助對象進行實地輔導、勘查或查核。

十二、本要點生效前已在原住民族地區開業者，不得依本要點申請補助。

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

一、機構名稱：_____ 統一編號：_____
機構地點：_____ 縣市 _____ 鄉鎮 _____ 村 _____ 路 _____ 號

二、申請人：_____，出生年次：民國_____年，性別：_____

聯絡地址：_____，電話：_____，手機：_____

E-Mail：_____ 傳真：_____

三、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)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

四、人員配置：

五、設置科別：

六、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

一、機構目的：

1. _____
2. _____

二、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

一、開業總經費：_____元(含自籌與申請補助)。

二、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，自籌 無需附憑證)
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，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)。
- 2、請附照片並標註設備名稱
- 3、請換算為含稅價。

三、藥品費用：

單位：

品名	單價(含稅)	數量	總價(含稅)	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、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)。
- 2、請附照片並標註設備名稱。
- 3、請換算為含稅價。

切 結 書

本人 設立 (機構名稱)，依據「衛生福利部補助醫事人員至原住民族地區開業要點」，向衛生福利部申請補助。茲切結：

- 一、本人未曾申領過政府機關之開業補助經費。
- 二、於開業期間，恪遵「補助醫事人員至原住民族地區開業要點」及醫療相關法規服務病患，提供醫事服務至少2年，執業時間每週不得少於40小時。。

如有違反上開切結事項，應依「衛生福利部補助醫事人員至原住民族地區開業要點」繳回全部之補助經費，若未繳回，將依行政程序法規定辦理。

此致

衛生福利部

切結人： (簽章)

地 址：

醫事人員證書字號：

證明人： 衛生局 (關防)

法定代理人： (局長)

中 華 民 國 年 月 日

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。