

正本

檔 號：

保存年限：

## 新北市政府衛生局 函

地址：22006新北市板橋區英士路192之1號

承辦人：侯雅婷

電話：(02)22577155 分機2052

傳真：(02)22589064

電子信箱：AL0213@ntpc.gov.tw



24158

新北市三重區重新路五段646號8樓

受文者：新北市藥師公會

發文日期：中華民國106年8月4日

發文字號：新北衛醫字第1061497505號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨

主旨：函轉衛生福利部修正106年度「醫事人員至原住民族地區開業補助」案相關資料影本1份，請轉知所屬會員知悉，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部106年7月31日衛部照字第1061561634號函辦理。
- 二、本次修正內容為刪除「醫事人員申請至原住民族地區開業補助注意事項」之保證書與相關條文，及修正切結書部分用詞。
- 三、按衛生福利部補助醫事人員至原住民族地區開業要點規定，接受補助者，應自衛生福利部核准補助日起，在該原住民族地區開業提供醫療服務至少3年。未滿3年者，應繳回受領之全部補助經費，若未繳回，將依行政程序法規定辦理。

正本：新北市藥師公會

副本：

局長 林奇宏

本案依分層負責規定授權業務主管決行



徐 中 林 琳

# 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

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、本要點所稱補助對象，為指領有專門職業證書之醫師、中醫師及牙醫師、藥師、醫事檢驗師、醫事放射師、護理師、物理治療師、職能治療師、語言治療師、聽力師。

三、本要點所稱原住民族地區，係指三十個山地原住民鄉及二十五個平地原住民鄉。

山地原住民鄉包括：宜蘭縣大同鄉及南澳鄉；新北市烏來區；桃園縣復興鄉；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。

平地原住民鄉包括：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，且負責人為醫事人員者，得申請補助之條件如下：

（一）醫師：所在之區、鄉、鎮、市每萬人口執業醫師數未達十人、執業中醫師數未達三人或執業牙醫師數未達三人。

（二）護理師：所在之區、鄉、鎮、市每萬人口執業護理人員未達三十人。

（三）藥師：所在之區、鄉、鎮、市每萬人口執業藥師未達七人。

（四）其他醫事人員：補助條件不限。

山地原住民鄉因地理環境特殊，醫護人員羅致不易，醫療保健措施、民眾求醫行為及醫療資源之可用性、可近性較一般地區不足，且對外交通不便，常因天災致使交通中斷，故不受前項限制。

五、前點所定得申請補助之項目及額度如下：

（一）開業場所裝潢費用：新臺幣二十萬元以下。

(二)全民健康保險醫療費用申報或建置電子病歷所需配置之電腦、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)醫療器材或醫療儀器費用：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，每一開業醫事人員，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、依本要點申請補助者，應於開業日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)申請補助之經費明細表及其憑證正本。

八、依本要點接受補助者，應依所提補助經費之申請確實執行，如有未執行或與申請用途不符者，本部得予追繳已給付之補助經費。

九、依本要點接受補助者，應自本部核准補助日起，在該原住民族地區開業提供醫療服務至少三年。未滿三年者，應繳回受領之全部補助經費。

十、依本要點接受補助者，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實地輔導、勘查或查核受補助之機構。

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。

# 醫事人員申請至原住民族地區開業補助注意事項

修正附件

## 一、檢具申請資料 1 式 4 份。

(一) 補助醫事人員至原住民族地區開業申請書(附件一)：請完整填列醫事機構基本資料(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(含當年度之收據正本)。

(二) 開業執照影本。

(三) 切結書(附件二)。

## 二、申請補助經費項目之支出憑證，應依支出憑證處理要點規定辦理，摘述如下

### (一) 收支憑證為收據者

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) 受領日期。

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) 收支憑證為統一發票者

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) 採購名稱及數量。

(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。

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

三、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，應檢附契約副本或抄本。如無前項驗收證明文件時，應由驗收人員簽名。

四、請依本部之申請書之分類項目填寫，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，則不予獎勵。

五、所屬衛生局應進行初審，並函送審查意見表憑辦。

※以上資料各 1 式 4 份，請用 A4 紙張直式裝釘成冊(發票收據黏貼勿超出 A4 紙大小)，請自行編列頁數，並自存一份以備核對。

# 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：\_\_\_\_\_

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	第三年
	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：106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\_\_\_\_\_





四、醫療器材或醫療儀器費用：

單位：元

品名 (請列明細項目)	單價	數量	總價	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 (診所名稱)，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 3 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 (開防)

法定代理人： (局長)

中 華 民 國 106 年 月 日