

宜蘭縣政府衛生局 函

地址：26051宜蘭縣宜蘭市女中路二段
287號

承辦人：許玉霞

電話：03-9322634分機1218

電子郵件：hsia22@mail.e-land.gov.t

W

260

宜蘭市女中路三段102號6樓

受文者：宜蘭縣藥師公會

發文日期：中華民國104年6月24日

發文字號：衛醫字第1040014942號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明六

主旨：為辦理104年度「醫事人員至原住民族地區開業補助」案，請轉知所屬會員，依說明段之規定，將符合本辦法資格之案件，送本局審核後核轉衛生福利部辦理，逾期不予受理，請查照。

說明：

一、依據衛生福利部104年6月17日衛部照字第1041560144號函辦理。

二、補助對象：係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、補助範圍：為原住民族地區，係指三十個山地原住民鄉及二十五個平地原住民鄉。

四、獎勵項目及額度、申請文件等皆詳述於開業要點及申請書。

五、本年度受理時間分二階段：

(一)104年1月1日至10月31日止開業之醫事機構，請於104年10月15日前將申請案件送本局辦理。

(二)104年11月1日至12月31日止開業之醫事機構，請於104年



12月15日前將申請案件送本局辦理。

六、檢送「衛生福利部補助醫事人員至原住民族地區開業要點」、申請書及切結書各乙份，請至衛生福利部網站 <http://www.mohw.gov.tw>之最新消息/公告訊息/衛生福利部下載電子檔。



正本：宜蘭縣中西牙醫師公會、宜蘭縣醫事檢驗師公會、宜蘭縣藥師公會、宜蘭縣放射師公會、宜蘭縣護理師護士公會、宜蘭縣物理治療師公會、宜蘭縣職能治療師公會、宜蘭縣語言治療師公會
副本：本局食品藥物管理科、本局醫政科

局長劉建廷

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。

申請醫事人員至原住民族地區開業補助送審之相關資料：

1. 申請書 4 份(正本 1 份、與正本相同之影本 3 份)。
2. 申請書含開業執照影本、申請補助之經費明細及憑證正本，請依支出憑證處理要點規定辦理，摘述如下：

一、收據應由其受領人或其代領人簽名，並記明下列事項：

- (一) 受領事由。
- (二) 實收數額。
- (三) 支付機關名稱。
- (四) 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。
- (五) 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、統一發票應記明下列事項：

- (一) 營業人之名稱、地址及其營利事業統一編號。
- (二) 採購名稱及數量。
- (三) 單價及總價。
- (四) 開立統一發票日期。
- (五) 買受機關名稱。

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、採購案於經費結報時，應檢附收據或統一發票、驗收證明文件及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。

※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），應自行編列頁數，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：_____

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、建立機構需要性分析

一、建立機構目的：

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) 經費概算表

一、開業場所裝潢費用：

1、請檢附原始憑證正本（統一發票或收據），並依支出憑證處理要點規定辦理。

2、請附照片並說明。

項目 (請依發票項目一一列出)	單價(含稅)	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				

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：

1、請檢附原始憑證正本（統一發票或收據），並依支出憑證處理要點規定辦理。

2、請附照片並說明。

品名 (請依發票品名一一列出)	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					

三、藥品費用：

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。

品名(請依發票品名一一列出)	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				

四、醫療器材或醫療儀器費用：

1、請檢附原始憑證正本（統一發票或收據），並依支出憑證處理要點規定辦理，單一採購案10萬元(含)以上，請另檢附採購合約。

2、請附照片並說明。

品名 (請依發票品名一一列出)	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					

切 結 書

申請人 (機構名稱：)，依據「補助醫事人員至原住民族地區開業要點」相關規定，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。

如有違反上開具結事項，應依「衛生福利部補助醫事人員至原住民族地區開業要點」相關規定辦理並繳回全部之補助經費。

此致

衛生福利部

單 位： 院所（用印）

地 址：

具結人：

證書字號：

證明人： 衛生局（關防）

法定代理人： （局長）

中 華 民 國 104 年 月 日

