

# 長照服務核定項目及部分負擔明細表

108.01.16 製訂  
113.03.19 第 5 次審修

服務使用者之長照需要等級：第\_\_\_\_\_級，身分別：一般戶

## 一、居家服務給付及支付基準

核定項目	照顧組合	給付價格	部分負擔 (一般戶 16%)	核定次數	總部分負擔
	餐食照顧	310 元	$310 \times 0.16 = 49$ 元	組/月	元
	協助沐浴及洗頭	325 元	$325 \times 0.16 = 52$ 元	組/月	元
	基本日常照顧(每 30 分鐘)	195 元	$195 \times 0.16 = 31$ 元	組/月	元
	陪同外出(每 30 分鐘)	195 元	$195 \times 0.16 = 31$ 元	組/月	元
	陪同就醫(出門起 1.5 小時內)	685 元	$685 \times 0.16 = 109$ 元	組/月	元
	家務協助(每 30 分鐘)	195 元	$195 \times 0.16 = 31$ 元	組/月	元
	陪伴服務(每 30 分鐘)	175 元	$175 \times 0.16 = 28$ 元	組/月	元
	代購或代領或代送服務	130 元	$130 \times 0.16 = 20$ 元	組/月	元

## 二、日間照顧服務給付及支付基準

核定項目	照顧組合	給付價格	部分負擔 (一般戶 16%)	核定次數	總部分負擔
	日間照顧			組/月	元
	社區式服務交通接送(單趟 10 公里內)	100 元	$100 \times 0.16 = 16$ 元	組/月	元
	社區式協助沐浴	200 元	$200 \times 0.16 = 32$ 元	組/月	元

## 三、專業服務給付及支付基準

核定項目	照顧組合	給付價格	部分負擔 (一般戶 16%)	核定次數	總部分負擔
	IADLs 復能、ADLs 復能照護 (1 組 3 次)	4500 元	$4500 \times 0.16 = 720$ 元	組/月	元
	居家護理指導與諮詢(1 組 4 次)	6000 元	$6000 \times 0.16 = 960$ 元	組/月	元

※ 一、居家服務 + 二、日間照顧 + 三、專業服務，

合計給付額度：\_\_\_\_\_元 / 月，粗估需自付：\_\_\_\_\_元 / 月。

## 四、交通接送服務給付及支付基準

核定項目	照顧組合	給付價格	部分負擔(一般戶 27%)
	交通接送服務(每月 8 趟)	230 元	$230 \times 0.27 = 62$ 元

## 五、營養餐飲服務給付及支付基準

核定項目	照顧組合	給付價格	核定次數	總部分負擔
	營養餐飲服務	100 元	組/月	元

**六、喘息服務給付及支付基準**(額度區間: 年 月~ 年 月, 剩餘額度: 元)

核定項目	一年補助小時	一年給付組數	照顧組合	給付價格	部分負擔 (一般戶 16%)
			居家喘息服務(2小時為一組) ★ 單日最多使用 10 小時	770 元	770*0.16=123 元
		天/年	機構住宿式喘息服務 (24 小時)	2310 元	2310*0.16=369 元

**七、輔具服務及居家無障礙環境改善服務給付及支付基準**

合計給付額度三年: **40000 元**。

核定項目	照顧組合	給付價格	部分負擔 (一般戶 30%)	最低使用 年限
	馬桶增高器、便盆椅或沐浴椅	1200 元	1200*0.3=360 元	3 年
	單支拐杖-不銹鋼製	1000 元	1000*0.3=300 元	5 年
	單支拐杖-鋁製	500 元	500*0.3=150 元	3 年
	輪椅-B 款(輕量化量產型)	4000 元	4000*0.3=1200 元	3 年
	輪椅附加功能-A 款 (具利於移位功能)	5000 元	免部分負擔	3 年
	輪椅附加功能-B 款 (具仰躺功能)	2000 元	免部分負擔	3 年
	輪椅附加功能-C 款 (具空中傾倒功能)	4000 元	免部分負擔	3 年
	氣墊床-B 款	12000 元	免部分負擔	3 年
	輪椅座墊-B 款 (連通管型氣囊氣墊座-橡膠材質)	10000 元	免部分負擔	2 年
	居家用照顧床	8000 元	8000*0.3=2400 元	5 年
	居家用照顧床-附加功能 A 款 (床面升降功能)	5000 元	5000*0.3=1500 元	5 年
	居家用照顧床-附加功能 B 款 (電動升降功能)	5000 元	5000*0.3=1500 元	5 年
	扶手(每 10 公分補助 150 元)	150 元	150*0.3=45 元	10 年

長照使用者/照顧者: \_\_\_\_\_ (關係: \_\_\_\_\_、身分證: \_\_\_\_\_)

、生日: \_\_\_\_\_), 日期: \_\_\_\_\_。

同意長照服務使用者 \_\_\_\_\_ 接受上述由長照 A 個管員與我們討論後所擬定的長期照護服務計畫及相關費用說明。

※小叮嚀~~如您有任何相關問題, 請洽詢宜蘭縣壯圍鄉衛生所, 電話:03-9374409 或

03-9385503 轉 9。長照 A 個管員: 郭倩瑜 韓佩茹, 將竭誠為您們服務!