

檔 號：
保存年限：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

地址：台北市復興北路420號10樓

傳真：(02)25000126

聯絡人及電話：邵格蓮 (02)25000133 轉 255

電子郵件信箱：green@cta.org.tw

受文者：詳如正、副本

發文日期：中華民國 102 年 7 月 15 日

發文字號：牙全言字第 0115 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

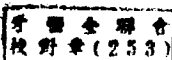
附件：如主旨

主旨：函轉行政院衛生署公告修訂「行政院衛生署補助人員至原住民族地區開業要點」，詳如附件，敬請周知會員，請 查照。

說明：檢送衛署照字第 1022863640 號公告。

正本：22 縣市牙醫師公會

副本：牙醫門診醫療服務六區審查分會



理事長 劉俊言

本案依照分層負責規定
授權 牙醫門診醫療服務審查執行會 主委決行

102.7.19		收文
☐ 存查	☐ 轉知	彙辦
↓ DO 附		擬辦
		簽名
7/15		

本

行政院衛生署 公告

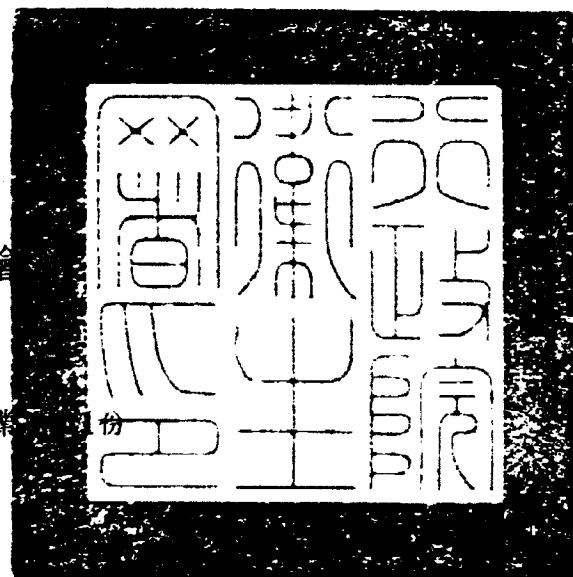
10476, 台北市中山區復興北路 420 號 10F

受文者：中華民國牙醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國102年7月8日

發文字號：衛署照字第1022863640號

附件：行政院衛生署補助醫事人員至原住民族地區開業



主旨：檢送修訂「行政院衛生署補助醫事人員至原住民族地區開業要點」（如附件），請 查照。

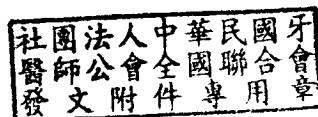
說明：

- 一、原「行政院衛生署補助醫事人員至山地鄉開業要點」已修訂為「行政院衛生署補助醫事人員至原住民族地區開業要點」，並於102年5月13日公告於本署網站。
- 二、適用對象為102年7月1日以後至原住民族地區開業之醫事機構。

副本：行政院原住民族委員會、宜蘭縣政府衛生局、新北市政府衛生局、桃園縣政府衛生局、新竹縣政府衛生局、苗栗縣政府衛生局、臺中市政府衛生局、南投縣政府衛生局、嘉義縣衛生局、高雄市政府衛生局、屏東縣政府衛生局、臺東縣衛生局、花蓮縣衛生局、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、中華民國物理治療師公會全國聯合會、中華民國職能治療師公會全國聯合會、臺灣聽力語言學會、本署醫院管理委員會、本署法規委員會、本署會計室（均含附件）

署長 邱文達

本案依分層負責規定授權處室主管決行



行政院衛生署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

102年7月8日衛署照字第1022863640號公告

- 一、行政院衛生署（以下簡稱本署）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，已領有本署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，由本署每年定期公告之。

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，轉本署辦理，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。

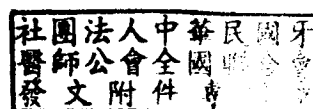
八、依本要點接受補助者，應依所提補助經費之申請確實執行，如有未執行或與申請用途不符者，本署得予追繳已給付之補助經費。

九、依本要點接受補助者，應自本署核准補助日起，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「行政院衛生署補助購置」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、本署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. 申請書正本 1 份、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：

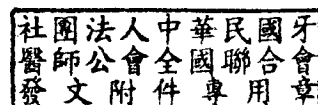
- (一) 營業人之名稱、地址及其營利事業統一編號。
- (二) 採購名稱及數量。
- (三) 單價及總價。
- (四) 開立統一發票日期。
- (五) 買受機關名稱。

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），應自編列頁數，並自存一份以備核對。



行政院衛生署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，

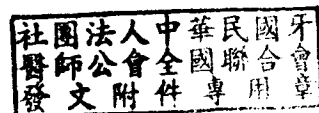
領證年月：_____年_____月

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：



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、經費需求：_____(a)+(b)_____元。院舍硬體工程摘要，如附表一，經費概算表，如附表二。

經費來源：

自 籌(含貸款)：_____(a)_____元

擬申請補助經費：_____(b)_____元

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

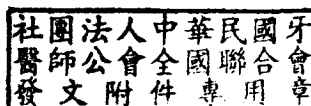
(*請備貸款銀行借據及清償明細表)

☐ 否

申請人：_____ (簽章並蓋機構章)

日期：__102__年__月__日

- 5 -



附表二

院舍硬體工程摘要：

一、建築面積：

總樓地板面積：_____平方公尺（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（平方公尺）	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：

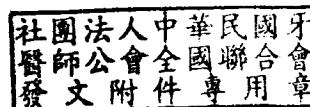
房舍取得情形：

☐ 自有

☐ 擬購

☐ 租賃

☐ 其他_____



附表三

院(所)經費概算表

一、開業場所裝潢費用：合計_____元。

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	單 價	建 築 總 樓 地 板 面 積	工 程 費	說 明 (請列出工 程或設備內 容)	經費來源 (請填自籌或申請 補助，自籌無需附 憑證)
結構體土木工程					
水 電 工 程					
空 調 工 程					
機 械 設 備					
裝 修 工 程					
廢水廢棄物工程					
其 他					
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：

合計_____元。

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	單 價	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				

三、藥品費用：合計_____元。

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	單 價	購 置 數 量	總 價	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：合計_____元。

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	單價(元)	購置數量	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					

社團法人中華全國牙醫
醫師公會全國聯合會
發 文 附 件 專 用

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，向行政院衛生署申請補助。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「行政院衛生署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

行政院衛生署

單 位： 院所（用印）

地 址：

具結人：

證書字號：

證明人： 縣衛生局（關防）

法定代理人： （局長）

中 華 民 國 103 年 月 日

