

新北市身心障礙口腔照護補助計畫 服務契約書

新北市政府衛生局（以下簡稱甲方）委託_____（以下簡稱乙方）辦理「新北市身心障礙口腔照護補助計畫」（以下簡稱本計畫）乙案，其權利義務經雙方訂定契約條款如下：

第一條：**本契約自雙方代表簽字後即行生效**，若任何一方欲終止，需提前7個工作天以書面方式告知另一方，且本終止不影響在終止前雙方已執行之部分。

第二條：乙方辦理甲方委託之業務，其內容應依據契約、實施對象、申請方式、申辦流程及核銷方式等內容辦理，應秉持專業及配合政府照顧身心障礙者之美意，盡力協助；委託業務內容如有變更者，應經雙方協商及書面同意後實施。

第三條：實施對象(以下稱申請人)

- 一、設籍新北市，未滿12歲身心障礙或經發展遲緩兒童評估鑑定醫院確診為發展遲緩者。
- 二、設籍新北市，12至未滿65歲中低收入戶身心障礙者或12至未滿60歲低收入戶身心障礙者。

第四條：申請方式

- 一、自簽約日起接受申請人至乙方申請。
- 二、全面採線上系統作業，乙方將申請案件之相關文件(費用申請書、申請人資格證明文件、切結書等相關文件)備妥後，1週內由健康管理系統線上送至甲方審核申請人資格。乙方應依規定進行申請、送審及核銷作業，未依規定者不予提供補助。

第五條：申辦流程

為保障申請人之權益與補助項目品質，乙方之案件申請與結案需以下列方式進行：

- 一、乙方受理申請案時，與申請人核對身分後，於1週內線上檢附下列資料送達甲方，由甲方審核申請人資格：
 - (一) 費用申請書(由系統填報)
 - (二) 申請人資格證明文件：身分證或健保卡(限未成年者檢附)、身障或發展遲緩證明、中低收或低收證明
 - (三) 切結書

二、補助經費額度乙方應依「新北市未滿12歲身心障礙或發展遲緩兒童口腔照護補助項目及費用一覽表」及「新北市12至未滿65歲中低收入戶身心障礙者或12至未滿60歲低收入戶身心障礙者口腔照護補助計畫項目及費用一覽表」辦理。

三、經甲方審核通過申請人資格後，乙方接獲甲方通知後，始可進行補助項目之診治：

- (一) 審核通過後，申請人因故無法於6個月內至乙方進行補助項目製作與裝置得展期；展期最長3個月，並以1次為限。
- (二) 本計畫必要外的其他診療項目，得以健保方式處理，由乙方逕向健保署申請費用，其診療時機由乙方依專業判斷及規劃，在申請人知情同意後，進行診療，以免影響後續之補助項目執行進度，惟乙方不得另立名目收取與本計畫補助項目無關之費用。

四、核銷方式：

(一) 乙方應於申請人診治完成後2週內由系統提出審查申請，並經甲方委由專家審查後，檢具下列自系統列印之紙本文件送達甲方：

1. 費用核付表暨收據

- (1) 收據請款總金額由系統自動產生，請於系統詳實填寫基本資料，包括：單位名稱、聯絡電話、統一編號、地址、匯款銀行名稱、分行別及匯款帳號。
- (2) 收據加蓋乙方負責人印章及機構關防（同契約書所蓋之章戳）。
- (3) 須貼千分之四印花稅票（請黏貼於收據背面）。

2. 個案明細報表

(二) 乙方於次月15日前，以郵戳為憑，檢送前1月份之核銷資料，由甲方書面審核及核付服務費用，若資料不全，應於甲方指定之期限內補正資料並重新檢送甲方申請。

五、「指導口腔衛生教育」為必辦項目，且1年最多申請1次；如該項執行佐證資料未檢附，則其他補助項目一律不予補助。

六、個案完成診治後，治療結果由甲方請專家審核，案件審核結果如不符合本計畫補助要件，甲方將不予補助或依專家審核意見給付

補助費用。

七、個案診治完成，乙方於1年內(係依申請核准公文之核准日期起算1年)應提供活動假牙免費調整服務(如因故退出或提出終止契約，已完成補助項目之案件，仍需保固1年)，調整服務甲方不予補助。

八、乙方依據所得稅法及各類所得扣繳率標準第2條第2項第8款規定：執行業務者之報酬按給付額扣取百分之十。

第六條：本計畫經費如遭議會凍結、刪減或刪除，甲方得視審議情形，暫緩支付、調減價金、解除或終止契約，並以書面告知乙方。如計畫經費用罄亦同。

第七條：甲方得隨時查核、輔導與抽查乙方有關本計畫之相關資料及流程。乙方如以虛偽之證明、報告及其他不正當行為取得本補助款或超收費用者，乙方應繳回本補助款或將超收費用返還申請人，且甲方得終止契約，涉及刑責者移送司法機關。

第八條：乙方執行本計畫業務需遵守相關法規，如有違法情事並經查證屬實，甲方得終止契約。

第九條：若乙方提前終止契約，應於終止契約日1個月前以書面通知甲方，乙方就已受理申請之核定案件，應經申請人同意並協助轉介其他本計畫特約院所或如期完成。

第十條：乙方辦理本計畫業務，如有違反本契約之規定，經甲方書面通知限期改善後，仍不改善者，甲方得終止契約，且乙方自終止之日起1年內，不得再受託辦理本計畫相關業務。

第十一條：非經甲方同意，乙方不得將本契約權利義務之全部或一部份讓與他人。

第十二條：本契約如有未盡事宜，依甲方有關規定辦理，如未有相關規定，經甲乙雙方同意，得以附約或換文補充之，其效力與本契約同。

第十三條：本契約履行所生爭議涉訟，雙方同意以臺灣新北地方法院行政訴訟庭(適用通常訴訟程序之事件以臺北高等行政法院)為第一審管轄法院。

第十四條：本契約一式2份，由甲乙雙方簽名蓋章後生效，雙方各執1份為憑。

第十五條：乙方須填列本契約之醫療機構聯絡資訊暨看診時間表(如附表)並提供看診醫師接受6學分以上身心障礙相關教育訓練之證明文件，若有異動需主動告知甲方。

第十六條：申請人若因故中斷治療致乙方有成本之支出，乙方得檢具相關佐證資料檢送甲方，經審查通過無誤後補助相關支出經費。

第十七條：本契約未載明之事項依政府相關法令辦理。

甲 方：新北市政府衛生局

代表人：陳潤秋

地 址：新北市板橋區英士路192之1號

電 話：(02)2257-7155(代表號)

乙 方：

代表人：

地 址：

電 話：

中 華 民 國 年 月 日

附表

身心障礙口腔照護補助醫療機構聯絡資訊暨看診時間表							
醫療機構名稱	郵遞區號	地址			傳真		
負責人	連絡電話分機		Email				
聯絡人	連絡電話分機		Email				
看診醫師名單							
開放身心障礙民眾看診時間請打✓							
	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
上午							
下午							
夜間							
<p>如每週無特別開設身障看診時段(同一般民眾就診時段)， 請勾選 <input type="checkbox"/> 看診時段均接受身心障礙者就診</p>							