

臺南市政府衛生局
115 年度精神病患者及照顧者社區支持服務資源布建計畫
「精神病患者社區居住方案-租屋補貼」計畫書

115 年 7 月 23 日制定

一、依據：

依據115年臺南市「強化社會安全網計畫2.0」一強化精神疾病、自殺防治、藥癮個案及加害人處遇服務暨「精神病患者及照顧者社區支持服務資源布建計畫」辦理。

二、目的：

依據衛生福利部「精神病患者及照顧者社區支持服務資源布建計畫」之策略二「精神病患者社區居住方案」，為強化精神病患者復歸社區，提供本市精神康復者租屋補貼，減輕其居住經濟負擔，降低生活所需壓力，協助康復者逐步回歸社區生活，特訂定本計畫。

三、計畫辦理期程及公告受理申請期間：

- (一)辦理期程：計畫公告日隔日起至 115 年 12 月 31 日或當年度經費用罄為止。
- (二)申請日期：計畫公告日隔日起至115年11月10日截止收件。

四、補助對象：

- (一)基本資格：經臺南市政府衛生局(所)人員推介，符合以下資格者，經單位主管核章後提出申請，並檢具相關資料，由精神病患者及照顧者社區支持服務資源布建計畫人員審核通過後發給租屋補貼。

- 1. 年齡18歲以上。
- 2. 設籍或實際居住於臺南市之精神康復者且租屋處需位於本市。
- 3. 為獨立在外租屋者，且具居住事實並經本局核實認定。
- 4. 領有第一類身心障礙證明（精神障礙），或持有重大傷病卡（精神疾病），或重大精神疾病診斷證明書。
- 5. 同意申請時接受衛生局(所)評估，並接受定期居家訪視或電訪。

(二)排除條款（有下列情形者不得申請）：

- 1. 申請人已領有其他政府機關之租金補貼(如內政部國土管理署租金補貼等)。
- 2. 申請人已承租政府直接興辦的社會住宅或包租代管。
- 3. 申請人名下持有自有住宅。
- 4. 租賃契約之出租人為申請人之親屬。
- 5. 同一份租賃契約不得重複申請。

五、補助條件或標準：

- (一)補助金額：依實際租賃契約核撥，每人每月最高補貼新臺幣5,000元(不含公共管理費、水電費、瓦斯費、停車位租金及租賃押金等)。租金低於5,000元者，核實補助。
- (二)補貼期限：每次申請最高補助3個月，視評估結果決定補助月份。
- (三)租賃契約期限必須大於補助期限。

六、經費之用途

- (一)經費金額及來源：共計新臺幣42萬元，由衛生福利部「115年度精神病病人及照顧者社區支持服務資源布建計畫」支應。
- (二)補助經費用於提供本市精神康復者租屋補貼，按計畫專款專用並覈實辦理。

七、申請程序及應備文件：

- (一)申請方式：由臺南市政府衛生局(所)人員轉介並備齊文件且經機關(構)單位主管核章後，於資料封面備註「申請租屋補貼」並確實彌封後，將相關郵寄、親送、公文交換等方式送至曾文市政園區麻豆區社區心理衛生中心(721012臺南市麻豆區南勢里168號)，信件收件人:黃小姐(連絡電話：06-5720100分機208或撥分機簡碼:797208)。

(二)應檢附資料如下：

1. 轉介單-本表由臺南市政府衛生局(所)人員填寫後經主管審核通過。
2. 文件自檢表。
3. 租屋補貼申請表。
4. 身分證明文件：
 - (1)申請人身分證正反面影本。
 - (2)申請人健保卡正反面影本。
 - (3)證明文件擇一提供(第一類身心障礙證明正反面影本、精神疾病診斷重大傷病卡正反面影本、重大精神疾病診斷證明書影本(三個月內))。
5. 匯款資料(申請人郵局或銀行存摺封面影本，非申請人本人存簿需另外填寫切結書)。
6. 租屋補貼聲明事項同意切結書。
7. 租屋補貼領款領據。
8. 代理申請委託(授權)書（受託代為申請者須填寫）。
9. 租賃契約書影本1份（需與申請人居住地址相符）。

八、審查標準及作業程序：

- (一)審查程序：申請案受理後，由本局進行資格及文件審查。若文件不齊全，本局將以書面或電子郵件通知轉介人員14日內補正；屆期未補正或補正不全者，不予受理。
- (二)核定與撥款：審核通過者，函復核定補助區間及金額，並於申請通過後隔月匯款至指定帳戶。

九、經費請撥、核銷程序：

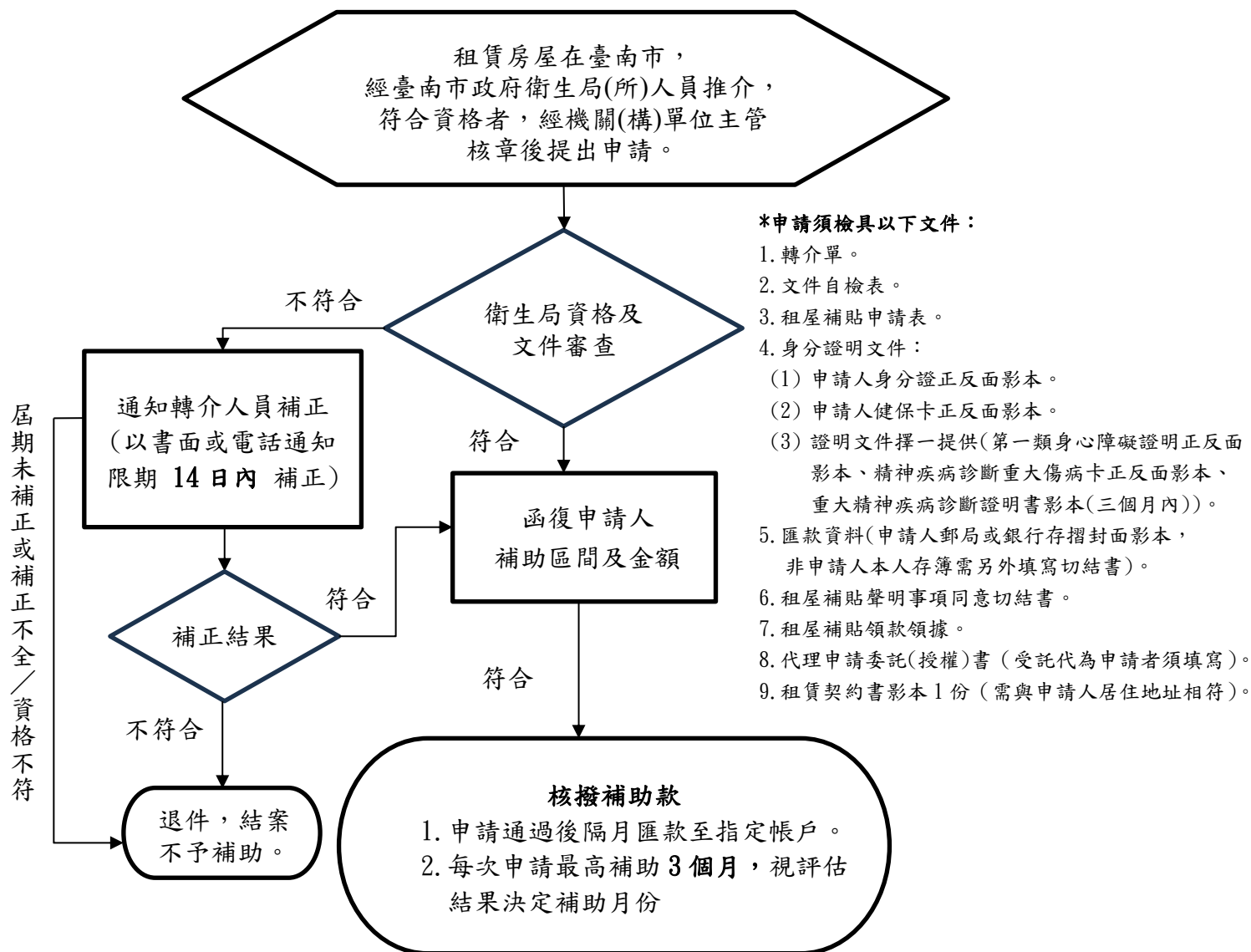
- (一)經核定補助者，於審核完成後按月撥款。
- (二)送請本局核銷、撥款，逾會計年度仍未辦理核銷者，撤銷補助。
- (三)受補助經費結報時，所檢附之支出憑證應依政府支出憑證處理要點規定辦理，並應詳列支出用途及全部實支經費總額；同一案件由二個以上機關補助者，應列明各機關實際補助金額。
- (四)申請支付補助款時，應本誠信原則對所提出支付憑證之支付事實及真實性負責，如有不實，應負相關責任。

十、督導及查核：

- (一)補助期間本局得派員至申請人住所訪視，同意申請時接受衛生局(所)評估，並接受定期居家訪視或電訪。
- (二)受補助之申請人應據實申報居住事實、租金金額及同住人數。若租約內容有變動（如退租、搬遷、租金調整、同住人數變更等），應於事實發生後7個工作天內主動以通知本局。
- (三)受補助人如有以下情事之一或有其他違背法令之行為，本局得視情節輕重，撤銷或廢止原核准之補助，追回全部或部分補助款。
 - 1. 以詐欺、虛偽證明或其他不正當方法領取補助（如：簽訂虛假租約、偽造診斷證明）。
 - 2. 隱匿不符合資格之事實（如：已入住機構、重複領取其他政府租金補貼、出租人為親屬）。
 - 3. 規避、妨礙或拒絕本局辦理之定期居家訪視、電訪或核對居住事實之稽核。
- (四)追繳方式：經本局核定應追繳之款項，申請人應於本局通知之期限內繳回；屆期未繳回者，本局將依行政執行法規定，移送法務部行政執行署強制執行；涉及虛偽私文書或詐欺取財等刑事責任者，本局將檢具相關事證，依法移送司法機關。

十一、本計畫申請說明相關規定如有未盡事宜，應依照「臺南市政府對民間團體及個人補助預算執行應注意事項」相關補助規定辦理，本局亦將視業務需要，隨時以公文書補充或修正相關規定。

十二、精神病病人社區居住方案-租屋補貼服務流程圖：



註：細部流程依據本局實際辦理情形調整

十三、聯絡方式：

主辦單位	臺南市政府衛生局 心理健康科	聯絡地址	臺南市麻豆區南勢里168號
		電子信箱	b00214@tncghb.gov.tw
聯絡人	黃小姐	聯絡電話	06-5720100轉208

(由衛生局(所)人員填寫)

臺南市政府衛生局
115年度精神病人及照顧者社區支持服務資源布建計畫
精神病人社區居住方案租屋補貼轉介單

轉介評估日期：____年____月____日

申請人基本資料	姓名		身分證 統一編號										
	性別	☐ 男 ☐ 女 ☐ 多元性別		出生日期	____年____月____日，____歲								
	婚姻狀況	☐ 未婚 ☐ 已婚 ☐ 離婚 ☐ 鰥寡 ☐ 不詳											
	教育程度	☐ 不識字 ☐ 國小 ☐ 國中 ☐ 高中/職 ☐ 專科 ☐ 大學 ☐ 碩士或以上 ☐ 不詳											
	疾病診斷 *請參閱代碼對照表	主診斷：_____ 次診斷：_____ ☐ 無法得知											
	戶籍地	臺南市 _____ 區 _____ 里 _____ 鄰 _____ 路(街) _____ 段 巷 _____ 弄 _____ 號 樓 之 _____											
	居住地	☐ 同戶籍地址 臺南市 _____ 區 _____ 里 _____ 鄰 _____ 路(街) _____ 段 巷 _____ 弄 _____ 號 樓 之 _____											
連絡 電話	市內電話： 手機：												
租屋居住 事實核實	居住型態	☐ 獨立套房 ☐ 雅房 ☐ 整層住宅(公寓/電梯大樓) ☐ 其他：											
	同住者資訊	同居人： ☐ 無 ☐ 有，_____ 人(關係：_____)											
	現場居住 事實	☐ 租屋處有申請人生活必需品(如：衣物、藥袋、日常用品、床鋪) ☐ 核對租賃契約正本 ☐ 核對水電費帳單或郵件收件紀錄											
就業狀況	☐ 無業 ☐ 庇護性就業 ☐ 支持性就業 ☐ 一般就業(職業：_____)												
備註	社會福利身分情況等其他補充說明。												
轉介人員資訊													單位主管核章
轉介單位：_____衛生局(所)/_____區社區心理衛生中心 轉介人員：○○○ 連絡電話： 06- 電子郵件： 核章：_____													

*轉介人員不得與申請人有不當關係或獲取不當利益。

(由衛生局人員填寫)

臺南市政府衛生局

115 年度精神病病人社區居住方案租屋補貼 查檢表

收件編號：_____

收件日期：____年____月____日

一、檢附資料查檢表

項目		是否備齊(勾選)
1	轉介單-本表由臺南市政府衛生局(所)人員填寫後經主管審核通過	☐ 是 ☐ 否:
2	文件自檢表	☐ 是 ☐ 否:
3	租屋補貼申請表	☐ 是 ☐ 否:
4	【附件一】身分證明文件： (1) 申請人身分證正反面影本 (2) 申請人健保卡正反面影本 (3) 證明文件擇一提供（第一類身心障礙證明正反面影本、精神疾病診斷重大傷病卡正反面影本、重大精神疾病診斷證明書影本）	☐ 是 ☐ 否: ☐ 是 ☐ 否: ☐ 是 ☐ 否:
5	【附件二】匯款資料(申請人郵局或銀行存摺封面影本，非申請人本人存簿需另填寫【附件三】之切結書)	☐ 是 ☐ 否:
6	【附件四】租屋補貼聲明事項同意切結書	☐ 是 ☐ 否:
7	【附件五】租屋補貼領款領據	☐ 是 ☐ 否:
8	【附件六】代理申請委託(授權)書(受託代為申請者須填寫)	☐ 是 ☐ 否:
9	租賃契約書影本1份(需與申請人居住地址相符)	☐ 是 ☐ 否:

二、審查結果

☐ 符合：核定租屋補貼金額：每月_____元，補助期間自115年____月至____月； 補助____個月，總計_____元。
☐ 資料缺件，說明：_____。
☐ 申請對象不符合資格，原因：

初審核章	複審核章	單位主管

(申請人或委託人填寫)

臺南市政府衛生局

115 年度精神病人社區居住方案租屋補貼

文件自檢表

應檢附資料 (文件請依下列順序排列整齊，且於左上角用迴紋針裝釘)		是否備齊 (勾選)
1	租屋補貼申請表	☐ 是 ☐ 否:
2	【附件一】身分證明文件： (1)申請人身分證正反面影本 (2)申請人健保卡正反面影本 證明文件擇一（第一類身心障礙證明正反面影本、精神疾病診斷重大傷病卡正反面影本、重大精神疾病診斷證明書影本）	☐ 是 ☐ 否:
3	【附件二】匯款資料(申請人郵局或銀行存摺封面影本) (如非申請人本人存簿需檢附【附件三】之切結書)	☐ 是 ☐ 否:
4	【附件四】租屋補貼聲明事項同意切結書	☐ 是 ☐ 否:
5	【附件五】租屋補貼領款領據	☐ 是 ☐ 否:
6	【附件六】代理申請委託(授權)書(受託代為申請者須填寫)	☐ 是 ☐ 否:
7	租賃契約書影本1份(需與申請人居住地址相符)	☐ 是 ☐ 否:

*注意事項：申請文件如有塗改，請於塗改處加蓋印章

申請人：_____ (蓋章)

臺南市政府衛生局

精神病人社區居住方案租屋補貼申請表

收件編號：_____（本局人員填寫）

申請日期：____年____月____日

申請人（補助者）資料	姓名					蓋章					性別	☐ 男 ☐ 女 ☐ 多元		生日	年 月 日		
	身分證 統一編號										連絡電話	市內電話： 手機：					
	戶籍地	臺南市 區 里 鄰 路（街） 段 巷 弄 號 樓 之															
	居住地	☐ 同戶籍地址 臺南市 區 里 鄰 路（街） 段 巷 弄 號 樓 之															
	公文 送達處	☐ 同戶籍地址 ☐ 同居住地址 ☐ 其他地址：															
租賃 契約	*每月繳納租金：_____元。 (不含租屋保證金及公共管理費等)										租賃契約期限 (需大於補助期限)		____年____月____日 至 ____年____月____日				

◎如本人無法親自辦理，須填具【附件4-代理申請委託(授權)書】委託他人代辦。

受託人資料	姓名					與申請者關係				
	身分證 統一編號					連絡電話	市話： 手機			

申請人之同住配偶及親屬資料

姓名	稱謂	國民身分證統一編號	是否享有其他政府之 租金補貼？
			☐ 是 ☐ 否
			☐ 是 ☐ 否
			☐ 是 ☐ 否
			☐ 是 ☐ 否
			☐ 是 ☐ 否

身分證明文件	
申請人身分證	申請人 身分證影本正面 黏貼處 申請人 身分證影本反面 黏貼處
申請人健保卡	申請人 健保卡影本正面 黏貼處 申請人 健保卡影本反面 黏貼處
相關證明文件	
其他證明資料	以下資料擇一提供 1.第一類身心障礙證明正反面影本(診斷書需為三個月內且具醫師簽章或醫院關防) 2.精神疾病診斷重大傷病卡正反面影本 3.重大精神疾病診斷證明書影本 相關證明文件黏貼處

臺南市政府衛生局

115年度精神病病人社區居住方案租屋補貼 匯款資料

本人申請臺南市政府衛生局115年度精神病病人社區居住方案租屋補貼，知悉補貼費用採匯款方式給予，匯費由本人自行負擔，且實際收到款項日期依衛生局實際核銷流程為主，如提供匯款帳戶錯誤致匯款有問題，本人願負一切責任，概以貴局無涉，特此證明。

申請人：

(蓋章)

匯款存摺影本黏貼表

【存摺影本】

非申請人本人，須另填寫附件三-切結書

(黏貼處)

提供之存者影本資料必須能明確辨識：存款人姓名、含分行名稱之金融機構全銜、存款種類 (年金專戶/外幣帳戶不適用)、帳戶號碼

臺南市政府衛生局
115年度精神病人社區居住方案租屋補貼
檢附之存簿非申請人本人之切結書

本人(申請人)_____申請「115年度精神病人及照顧者社區支持服務資源布建計畫精神病人社區居住方案-租屋補貼」，因故無法使用本人之金融帳戶，准予補助金匯入下列關係人(限定為配偶或一親等內親屬)之帳戶，特立切結書以茲證明，如有不實，願負一切法律責任，繳回所有補助金而無異議。如受補助後，尚有未結清其餘款項，本人願意償付餘額。

■銀行名稱：_____

■銀行戶名：_____

■銀行帳號：_____

此致

臺南市政府衛生局

■申請人姓名：_____

■身分證字號：_____

■聯絡電話：_____

■地址：臺南市_____區_____里_____鄰_____路_____段_____巷_____弄
_____號

存 簿 提 供 人	【存簿提供人身分證影本正面】 (非本人存簿時提供，若無身分證可 用健保卡或戶口名簿替代) (影本需核與正本相符章)	【存簿提供人身分證影本背面】 (非本人存簿時提供，若無身分證可 用健保卡或戶口名簿替代) (影本需核與正本相符章)

中 華 民 國 115 年 月 日

臺南市政府衛生局

115年度精神病人及照顧者社區支持服務資源布建計畫

精神病人社區居住方案之租屋補貼

聲明事項同意切結書

申請人_____ 已詳閱臺南市政府衛生局精神病患者及照顧者社區支持服務資源布建計畫—社區居住方案之租屋補貼相關規定，茲依照規定辦理租屋補貼手續，保證完全符合申請條件及下列切結事項屬實。

一、本人所填寫資料及檢附文件正確無誤，如有不實而違反補貼相關規定情事，願接受主管機關駁回申請案，並負法律責任。若本人違反相關規定，並因此溢領補貼或產生利息，願自事件發生之月份起，按規定繳還溢領之補貼金額。

二、精神康復者(申請人)、配偶及其戶內之直系親屬現未接受本計畫或其他政府租屋補貼，若定期查核發現有重複申請其他政府住宅補助不符合補貼資格，將立即停止補貼發放。

三、本人明白有權對轉介申請表與其附件行使以下權利，但若未完整提供個人資料將影響審核結果：1.查詢或請求閱覽 2.請求補充或更正 3.請求停止蒐集、處理或利用 4.請求刪除本人個人資料。

此致 臺南市政府衛生局

申請人： (蓋章)

國民身分證統一編號：

中 華 民 國 115 年 月 日

臺南市政府衛生局

115年度精神病患者及照顧者社區支持服務資源布建計畫

精神病患者社區居住方案租屋補貼領款領據

本人(申請人)_____茲向臺南市政府衛生局申請「115年度精神病患者及照顧者社區支持服務資源布建計畫」精神病患者社區居住方案租屋補貼費用計新臺幣_____萬_____仟_____佰_____拾元整，已如數領訖，所送各項憑證若經查核有不符規定情事，本人願負一切法律責任並自願退還所領取之補助費，絕無異議。

此 致

臺南市政府衛生局

申請人姓名：

(簽名或核章)

身分證號碼：

住 址：

電 話：

中 華 民 國 115 年 月 日

臺南市政府衛生局

115年度精神病人及照顧者社區支持服務資源布建計畫

精神病人社區居住方案租屋補貼代理申請委託(授權)書

一、本人_____茲因☐生病或行動不便 ☐工作/上學 ☐不識字
☐其他_____，無法親自辦理申請，特委託_____（受委託人）代為申請，並檢具委託書及相關證件影本。

二、所稱委託事項與提供之資料皆屬實且符合法令規定，如有不實隱瞞情形發生，除繳回溢領款項外，本人及受委託人願負一切法律責任。

此致

臺南市政府衛生局

（填寫申請人資料及核章）

申請人姓名：（簽名或核章）

身分證號碼：

住 址：

電 話：

（填寫受委託人資料及核章）

受委託人姓名：（簽名或核章）

身分證號碼：

住 址：

電 話：

受委託人
身分證影本正本黏貼處
(影本需核與正本相符章)

受委託人
身分證影本正本黏貼處
(影本需核與正本相符章))

中 華 民 國 115 年 月 日