

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段
488號

聯絡人：柯禮隆

聯絡電話：(02)8590-7497

傳真：02-8590-7080

電子郵件：mo7495@mohw.gov.tw

受文者：社團法人中華民國諮商心理師公會全國聯合會

發文日期：中華民國115年1月16日

發文字號：衛部心字第1141763538號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：114-115年度重大災害事件心理健康支持方案1份

(A21000000I_1141763538_doc1_Attach1.pdf)

主旨：為因應114年12月19日國內發生台北捷運隨機襲擊事件

（下稱1219北捷襲擊事件）等突發事件之心理支持需求，
修正本部「114-115年度馬太鞍溪堰塞湖救災人員心理健
康支持方案」之方案名稱，並擴大補助對象，詳如說明，
請查照。

說明：

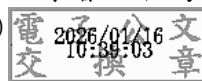
- 一、旨揭方案業於114年10月28日以衛部心字第1141763028號函
諒達。
- 二、為降低民眾1219北捷襲擊事件心理衝擊，本部已於事發後
先行通知各地方政府衛生局，協助提供因本事件而引發心
理困擾之民眾，每人3次心理諮商服務，並納入旨揭方案辦
理。茲配合擴大該方案服務對象，修正方案內容，並將方
案名稱修正為「114-115年度重大災害事件心理健康支持方
案」。
- 三、旨揭方案修正重點說明如下（修正後完整方案內容如附

件)：

- (一)方案總期程自114年11月1日起，延長至115年12月31日止，其中1219北捷襲擊事件之心理諮商服務追溯自114年12月20日起。
- (二)補助對象增加因1219北捷襲擊事件造成心理衝擊之民眾，且依民眾主觀自陳受該事件影響從寬認定，不限年齡；外籍人士領有我國健保卡亦可使用本方案。
- (三)本方案之重大災害事件依重大災害事件不同分別補助每人3次心理諮商。

正本：地方政府衛生局(連江縣衛生局除外)

副本：台灣精神醫學會、中華民國臨床心理師公會全國聯合會、社團法人中華民國諮商心理師公會全國聯合會、台灣臨床心理學會、臺灣諮商心理學會、台灣輔導與諮商學會、台灣精神科診所協會、連江縣衛生局(均含附件)



衛生福利部114-115年度重大災害事件心理健康支持方案

114年10月20日核定

115年1月8日修正

壹、背景說明

因應114年9月23日花蓮縣馬太鞍溪堰塞湖溢流事件，為提供救災人員及志工心理健康支持服務，本部於114年11月1日推動「114-115年度馬太鞍溪堰塞湖救災人員心理健康支持方案」。惟114年12月19日臺北捷運發生隨機襲擊事件，對民眾造成心理衝擊，為強化本次及未來是類重大災害事件心理健康支持服務之即時性，爰修正前開方案名稱為「重大災害事件心理健康支持方案」，以擴大服務對象。

貳、方案期程

自114年11月1日起至115年12月31日止，惟各重大災害事件之服務起日，不得早於事件發生日。

參、方案經費

- 一、總經費共計新臺幣（以下同）2,400萬元整。
- 二、各地方政府心理諮商費額度暫分配如附件1，惟方案執行期間，本部得視各地方政府實際執行狀況，逕於該項預算總額度內調整分配。
- 三、本方案依行政程序法，經費為補貼民眾自費心理諮商費，並委託各地方政府衛生局（下稱衛生局）代審代付，無需納入地方政府預算。

肆、執行單位

- 一、提供心理諮商服務之機構（下稱合作機構）：辦理本部「青壯世代心理健康支持方案」之合作機構。
- 二、心理諮商費代審代付機關：各地方政府衛生局。

伍、補助項目之對象、額度及規範

- 一、補助對象及資格條件：

(一)補助對象：因以下重大災害事件受影響之民眾。

1. 參與114年9月23日花蓮縣太鞍溪堰塞湖溢流災害復原工作之救災人員及志工（含團體及個人）（下稱0923堰塞湖救災事件）。
2. 因114年12月19日北捷隨機襲擊事件造成心理衝擊之民眾（下稱1219北捷襲擊事件）。
3. 其他經本部公布受重大災害事件影響之民眾（由本部案件影響規模，另以公函或新聞稿公布）。

(二)補助對象之資格條件：

1. 本國籍民眾或持有健保卡之外籍人士，且年齡不拘。
2. 各重大災害事件補助對象之認定方式如下表：

序號	補助對象	資格認定方式
1	0923 堰塞湖救災事件	依民眾自陳是否曾參與或主動投入0923堰塞湖溢流災害復原工作予以認定，無論參與之時間長短，並於服務摘要表之民眾方資訊註明參與救災工作之身分及工作內容。
2	1219 北捷襲擊事件	依民眾自陳因1219北捷襲擊事件而受心理衝擊或引發心理困擾從寬認定，不以自身或親友因本案受害(罹難)、或目睹為限，並於服務摘要表之民眾方資訊註明事件影響性質（如本人受傷/受威脅、親友罹難/受傷、目睹事件現場、頻繁接觸相關資訊、空間/日常經驗重疊、第一線應變或工作者、引發過去受創經驗……等）。
3	其他	以本部公函或新聞稿公布為準

二、補助額度及標準：

- (一)針對每件重大災害事件之補助對象，均補助每人3次心理諮商（即0923堰塞湖救災者心理支持、1219北捷隨機襲擊事心理支持均分別計算3次，以此類推），且不計入本部「15-45歲青壯世代心理健康支持方案」之3次心理諮商。
- (二)每次心理諮商費最高以1,600元為限，且每次心理諮商時間需達40分鐘（含）以上。

三、補助規範：

- (一)本項經費補助「自費」之「心理諮商費」，不含掛號費等其他費用。
- (二)合作機構所訂心理諮商費若高於1,600元/次，則合作機構協助民眾申請本方案補助當次，不得另向民眾收取心理諮商費之差額。
- (三)合作機構已向本方案申請補助之金額，不得重複向民眾收取，或向其他方案、經費申請補助或報支，反之亦然。

陸、心理諮商費補助對象應配合事項及規範：

- 一、有心理諮商服務需求之民眾，先至本部「青壯世代心理健康支持方案」網站 (<https://sps.mohw.gov.tw/mhs>) 查詢合作機構名單資訊後，逕洽合作機構告知欲使用本方案並預約。
- 二、對於已向合作機構預約之心理諮商服務，如連續2次無故未依約接受心理諮商，合作機構得拒絕提供其服務。
- 三、應於接受心理諮商服務前簽署同意書（如附件2）。
- 四、若以通訊方式進行心理諮商，需配合出示個人證件，供合作機構拍照留存，做為申請經費之依據。

柒、合作機構應配合事項及規範

- 一、本方案服務提供者，限由依法領有西醫師、臨床心理師、諮商心理師證書者，且執業登記於合作機構，或依法事先報所在地主管機關核准支援該合作機構之精神科醫師、臨床心理師、諮商心理師，並應依各該醫事人員法規執行業務。
- 二、合作機構應配合衛生局依據執行狀況所為之指示，並指派專人為本方案聯繫窗口，並應確實依本方案相關規範辦理。
- 三、合作機構既有收取之行政規費（如掛號費或臨時調整預約時段等行政管理費用），依原醫事規定辦理；但機構不得另立其他名目，再向民眾收取費用，以貼補其自費諮商差額，或針對民眾額外收取其他行政費用，違者得輔導改善，或逕予終止其合作機構資格。

四、衛生局得依稽核結果或有重大違規事件時，得於方案執行期間終止合作機構參與方案資格。衛生局無另訂規定者，以書面通知送達之次日起14日內為終止日。期間不得持續受理預約；已預約或服務中之民眾，應由衛生局依民眾意願協助媒合至其他合作機構。前開結果亦應通知本部。

五、合作機構服務民眾前，應注意事項(預約後至服務前)：

(一) 合作機構應衡量民眾心理諮商需求之迫切性，不宜接受民眾預約逾當日起30日後之服務。

(二) 合作機構接受民眾預約時，應先確認民眾符合方案補助對象條件，並至方案系統查詢民眾已使用各災害事件之服務次數。

(三) 合作機構於提供服務前，應向民眾介紹本方案內容(屬短期心理諮商架構，重點在鼓勵求助、風險轉介，及超過本方案補助次數後，有持續接受心理諮商服務需求之處理方式)，並請其簽署同意書(各災害事件分別簽署)，由機構併同業務紀錄留存。

以通訊方式為之者，得以電子截圖方式代之。

六、為利服務效果及品質，本方案提供補助對象使用3次心理諮商服務，自民眾第1次使用服務日起，總期程以不超過3個月，2次服務相隔期間以不超過1個月為原則，惟實際服務之安排，仍由合作機構依個案實際需求提供服務，不以前開原則為限，並免報本部或衛生局。

七、為確保心理諮商服務品質，合作機構對同一民眾之2次服務期間，以不小於7天為原則。但服務提供者如評估民眾有危急或迫切需要者，應事前向衛生局申報，其理由應包括臨床專業判斷之依據、民眾情形等，並應併同載於業務紀錄供查核。

八、為避免影響合作機構原服務中之民眾，每位醫師/心理師每週提供本方案服務以至多6人次為原則。

九、合作機構服務民眾期間，應注意事項：

(一) 執行心理諮商服務之醫事人員，應記錄民眾之基本資料，並對其求助問題、心理健康、精神疾病識能進行評估，擬具合理時限之心理諮商計畫，必要時提供適切之醫療處置或轉介。

- (二) 執行心理諮商服務之醫事人員，應以同一重大災害事件為單位，於第1次服務民眾及最後1次(第3次)服務民眾時，以簡式健康量表(Brief Symptom Rating Scale，簡稱BSRS-5)及WHO-5幸福指標量表(如附件3)，進行評估並載於業務紀錄，並應以服務當日為原則(至遲不得超過3日)至方案系統填報(填報欄位如附件4)。
- (三) 經以前開BSRS-5評估，第1至5題總分大於等於15分者，或第6題(附加題)自殺意念大於等於2分者，心理師應積極轉介民眾至合作之精神醫療機構就診。如合作機構為醫院或診所，且其主責之精神科醫師可治療或診斷時，不在此限。
- (四) 進行前開轉介時，服務提供者應與民眾共同討論，並以其可穩定就醫之醫療機構為原則，不以原合作轉介機構為限。
- (五) 進行前開轉介時，如確認民眾已穩定於醫療機構就醫，應以連繫其主治醫師並確認民眾之診斷或醫囑為原則；並應於方案系統之轉介就醫欄位填入其就醫機構名稱，並載於業務紀錄妥善收存。
- (六) 進行前開轉介時，如民眾表示拒絕或認無需要，仍應提供其建議就醫之醫療機構資訊，並以3次心理諮商關係結束前，協助民眾就醫為服務目的及原則。服務提供者仍應於線上服務摘要之轉介就醫欄位填入建議其就醫機構之名稱，並載於業務紀錄妥善收存。
- 十、服務提供者提供心理諮商等醫療服務後，應依醫療法、醫師法、心理師法等醫事相關法規，製作紀錄並載明包含(但不限於)前開事項，並依法妥為保存。
- 十一、倘民眾於本方案之補助額度用罄後，仍有心理諮商服務需求，機構應協助轉介至各縣市社區心理諮商據點、社區心理衛生中心或由民眾採自費方式繼續使用機構之心理諮商服務。
- 十二、執行通訊心理諮商除應符合上開各項原則，應另依下列規定辦理：

- (一) 依據「心理師執行通訊心理諮商業務核准作業參考原則」，擬具通訊心理諮商業務實施計畫，並經地方主管機關核准者。
- (二) 依據本部110年5月17日衛部醫字第1101663441號函及110年7月23日衛部醫字第1101665108號函示，經衛生局指定辦理通訊診察治療之醫療機構，或依「通訊診察治療辦法」申請並經直轄市、縣(市)主管機關核准者。
- (三) 除請民眾簽署本方案之同意書外，應另訂定通訊心理諮商知情同意書，並向民眾詳細說明所有通訊心理諮商之風險和益處。並應考量民眾條件，優先採面對面心理諮商方式提供服務。
- (四) 於進行通訊心理諮商前，請民眾出示個人證件，並告知會拍照留存。

十三、合作機構於提供最後一次心理諮商服務結束時或結案前，應請民眾填答本方案滿意度調查表（如附件5）。

十四、本部及衛生局基於業務職掌及審核本方案執行情形需要，得進行實地查核，並抽查本方案之補助名冊與相關紀錄，合作機構應予配合。

捌、衛生局配合事項

- 一、基於資源均衡分配原則，綜合考量轄內資源、民眾需求及合作機構之專案申請、過去方案執行情形、稽核結果等，將本方案核予貴轄之服務名額適切分配予合作機構。
- 二、設置民眾及合作機構洽詢本方案之單一服務窗口，強化本方案之便民服務。
- 三、如民眾經查有重複接受相同補助之情事，協助合作機構向民眾追繳重複補助之款項。
- 四、服務提供者如確有提供單次達40分鐘之心理諮商服務，則符合補助規定，得予核銷。惟若服務提供者違反各該醫事人員法規，衛生局應依法裁處，並輔導改善或終止其合作機構資格。
- 五、為簡化行政流程，本方案將一次撥付全案預算，請衛生局妥善及合理分配方案資源予合作機構。

- 六、請妥為留存執行本方案之同意書、服務清單及明細，如採通訊心理諮商，則另須留存身分證明截圖畫面電子檔，俾供後續查驗。
- 七、衛生局就本方案之內容，不得訂定比本部更嚴格之限制條件。

玖、經費請領及核銷方式

一、合作機構向衛生局申請心理諮商費之撥付及核銷方式：依實際發生之心理諮商費，每2-3個月就以下資料造冊後，依所在衛生局規定，檢附領據向該衛生局申請撥付。

（一）「衛生福利部114-115年度重大災害事件心理健康支持方案心理諮商服務清單」（如附件6）。

（二）「衛生福利部114-115年度重大災害事件心理健康支持方案心理諮商服務明細」（如附件7）。

（三）民眾簽署之同意書影本/電子掃描檔及各次出示證件之視訊畫面/截圖。

二、衛生局向本部申請本案經費之撥付及核銷方式：

（一）撥款：依本部通知，函送領據至部辦理。

（二）核銷：由衛生局於116年1月5日前，函送期末執行成果（如附件8）一式3份及收支明細表（如附件9）正本2份至部辦理核銷，如有賸餘款，應一併繳還。相關支出憑證請衛生局依會計法及審計法規定妥為保存，以備審計機關或本部派員或委由專業之財會機構辦理查核

衛生福利部114-115年度重大災害事件心理健康支持方案 經費分配表

各直轄市及縣(市)	經費分配(新臺幣元)
臺北市	4,224,000
臺中市	3,168,000
高雄市	3,350,400
新北市	2,952,000
臺南市	2,356,800
桃園市	2,059,200
新竹市	801,600
彰化縣	628,800
新竹縣	648,000
雲林縣	355,200
嘉義市	384,000
屏東縣	552,000
花蓮縣	604,800
南投縣	360,000
宜蘭縣	336,000
苗栗縣	264,000
嘉義縣	240,000
臺東縣	264,000
基隆市	240,000
金門縣	115,200
澎湖縣	96,000
連江縣	-
合計	24,000,000

衛生福利部114-115年度重大災害事件心理健康支持方案同意書

本人_____在經過合作機構說明後，已充分瞭解本方案內容、風險、益處、相關權益、規範及使用資格，同意參與衛生福利部114-115年度重大災害事件心理健康支持方案（☐0923堰塞湖救災事件、☐1219北捷隨機襲擊事件、☐其他：_____），並願意遵守下列規定：

- (1) 同意僅使用本方案之補助服務至多3次，且如先前已有至其他合作機構接受本案補助之情事，應據實告知。如有虛偽不實，願負一切法律責任，並主動向合作機構繳回第4次起之溢領心理諮商補助費用，每次新臺幣壹仟陸佰元整。
- (2) 對於已排定或已預約之心理諮商，如連續2次無故未依約接受心理諮商，合作機構得拒絕提供其服務。
- (3) 若接受通訊心理諮商服務，應於接受通訊心理諮商前，於鏡頭出示有效身分證明文件及同意合作機構拍照保存該畫面，以利佐證受補助條件。
- (4) 同意衛生福利部蒐集本人相關個人資料，但僅作為去識別分析、研究及評估本方案政策成效，及稽核本方案合作機構服務品質等公務目的使用。

_____（合作機構）及衛生局針對上開本人各項資料，應妥為保管，以供日後相關單位查核服務執行狀況。

立書人：

立書人地址：

立書人身分證字號：

立書人電話：

合作機構：

合作機構說明人員：

衛生福利部 關心您！

※同意書之記載如有虛偽不實，填寫人恐觸犯刑法偽造文書或登載不實罪，將依法追究相關法律責任。

簡式健康量表（BSRS-5）

下列所舉的問題是為協助您瞭解您的身心適應狀況，請您仔細回想在最近一星期中(包括今天)，這些問題使您感到困擾或苦惱的程度，然後勾選一個您認為最能代表您感覺的答案。

	非常厲害	厲害	中等程度	輕微	完全沒有
一、睡眠困難, 譬如難以入睡、易醒或早醒	4	3	2	1	0
二、感覺緊張不安	4	3	2	1	0
三、覺得容易苦惱或動怒	4	3	2	1	0
四、感覺憂鬱、心情低落	4	3	2	1	0
五、覺得比不上別人	4	3	2	1	0
☆ 附加題、有自殺的想法	4	3	2	1	0

說明：前五題總分大於等於15分或附加題分數大於等於2分以上者，合作機構應協助轉介至合作醫療機構

尋求精神醫療專業諮詢。

幸福指標量表（WHO-5）

請針對以下五個句子，選出在過去兩週中最接近您的感受。請注意數字越高代表愈幸福。例如：如果在過去兩週內，有一半以上的時間，您感到愉悅且很有精神，請在右上角數字3的格子中打勾。

	在過去的兩週內	全部的時間	大部分的時間	一半以上的時間	少於一半的時間	有時候	從來沒有
1	我感到情緒開朗且精神不錯。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2	我感到心情平靜和放鬆。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3	我感到有活力且精力充沛。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4	我醒來感到神清氣爽並有充分休息。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5	我的日常生活中充滿讓我感興趣的事物。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
總分							

衛生福利部114-115年度重大災害事件心理健康支持方案 服務摘要

【本表採電子表單形式填報】

一、服務方資訊：

欄位	說明
機構名稱	下拉式選單
機構代碼	選擇「機構名稱」後自動代入
機構縣市別	選擇「機構名稱」後自動代入
醫事人員類別	自動代入
心理諮商服務人員姓名	自動代入

二、民眾方資訊（僅第1次需填寫，已有填答紀錄者自動代入）：

欄位	說明
姓名	手動輸入
身分證字號	手動輸入
居住地	下拉式選單（22縣市）
生日	手動選取（yyyy/mm/dd）
婚姻狀況	下拉式選單（未婚/已婚/離婚或分居/喪偶）
教育程度	下拉式選單（國中(含)以下/高中職/專科/大學/研究所以上）
職業	下拉式選單（選項加註範例） 〔無業或失業〕〔學生〕 〔就業〕民意代表、主管及經理人員/專業人員/技術員及助理專業人員/事務支援人員/服務及銷售工作人員/農、林、漁、牧業生產人員/技藝有關工作人員/機械設備操作及組裝人員/基層技術工及勞力工/軍人 ¹

¹ 職業標準分類 <https://www.stat.gov.tw/standardoccupationalclassification.aspx?n=3145&sms=0&rid=6>

事件		下拉式選單 <input type="checkbox"/> 0923堰塞湖救災事件、 <input type="checkbox"/> 1219北捷隨機襲擊事件、 <input type="checkbox"/> 其他：（依本部公布為準）
0923 堰 塞 湖 救災事件 （選該事件 者必填）	救災工作 身分	下拉式選單 <input type="checkbox"/> 國軍、 <input type="checkbox"/> 警消、 <input type="checkbox"/> 替代役男、 <input type="checkbox"/> 公所人員、 <input type="checkbox"/> 縣府局處人員、 <input type="checkbox"/> 醫療人員、 <input type="checkbox"/> 企業志工、 <input type="checkbox"/> 團體（如慈濟、基金會等）志工、 <input type="checkbox"/> 個別志工、 <input type="checkbox"/> 其他：_____（必填）
	參與工作 內容	下拉式選單 <input type="checkbox"/> 人員搜救、 <input type="checkbox"/> 環境清理復原、 <input type="checkbox"/> 供餐、 <input type="checkbox"/> 醫療服務、 <input type="checkbox"/> 其他：_____（必填）
1219 北 捷 襲 擊事件 （選該事件 者必填）	事件影響 性質	<input type="checkbox"/> 本人受傷/受威脅、 <input type="checkbox"/> 親友罹難/受傷、 <input type="checkbox"/> 目睹事件現場、 <input type="checkbox"/> 頻繁接觸相關資訊、 <input type="checkbox"/> 空間/日常經驗重疊、 <input type="checkbox"/> 第一線應變、救災或相關工作者、 <input type="checkbox"/> 引發過去受創經驗、 <input type="checkbox"/> 其他：_____（必填）
其他	（依本部公布）	

三、服務情形：

欄位	說明
服務日期	手動選取（yyyy/mm/dd）
諮商方式	手動選取（面對面/視訊）
使用諮商次數	下拉式選單（第1次/第2次/第3次）
BSRS-5 （第1-5題、附加題）	手動選取（完全沒有/輕微/中等程度/厲害/非常厲害）
WHO-5 （第1-5題）	手動選取（從來沒有/有時候/少於一半的時間/一半以上的時間/大部分的時間/全部的時間）

轉介狀態	下拉式選單（無/已轉介/民眾已就醫/民眾拒絕轉介，已建議就醫機構）
轉介機構名稱	手動輸入

衛生福利部114-115年度重大災害事件心理健康支持方案 滿意度調查表

【本表採電子表單形式填報】

事件：☐0923堰塞湖救災事件、☐1219北捷隨機襲擊事件、☐其他：

一、基本資料：

1.性別：☐男 ☐女 ☐其他

2.年齡：☐未滿15歲☐15-20歲☐21-25歲☐26-30歲☐31-35歲☐36-40歲☐41-45歲☐46歲及以上

3.職業：☐無 ☐學生 ☐全職工作者 ☐非學生之兼職工作者

4.居住縣市：_____

5.在哪個縣市接受諮商服務：_____

6.您於使用本方案前，是否有使用過心理諮商服務？☐是 ☐否

7.心理諮商是否未達40分鐘以上？☐是 機構名稱：__（是時必填）☐否

8.機構是否有向您收取額外的心理諮商費用？☐是 機構名稱：__（是時必填）
☐否

9.從預約本方案心理諮商，到第一次諮商，共等候了多久？☐2週以下 ☐2週-1個月 ☐1-2個月 ☐2-3個月 ☐3個月以上

二、請您依使用本方案心理諮商服務經驗填答下列問題：

	非常同意 (5)	同意 (4)	普通 (3)	不同意 (2)	非常不同意 (1)
1. 我覺得本方案的心理諮商對我是有幫助的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 我對機構的心理諮商服務流程感到滿意	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 整體而言，我對於衛生福利部提供此方案感到滿意	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

三、其他建議事項：_____

衛生福利部 114-115年度重大災害事件心理健康支持方案

心理諮商服務清單

【本表可由合作機構自系統產製】

機構名稱：

醫事機構代碼(10碼)+院區碼(1碼)：

機構類別：☐醫療機構 ☐心理治療所 ☐心理諮商所

匯款帳號：

時間： 年 月至 年 月

金融機構（含分行）：

序號	民眾姓名	民眾身分證字號	民眾出生年月 日 (yyyy/mm/dd)	使用方案 諮商次數	諮商完成 日期 (yyyy/mm/dd)	諮商方式(面 對面/視訊)	醫事人員別(醫師、 臨床心理師、諮商 心理師)	心理諮商服務人員姓名
1								
2								
3								
總服務人次：						總申報金額（元）：		
製表人/製表日期：						機構負責人：		

負責人章

印信或關防

衛生福利部114-115年度重大災害事件心理健康支持方案 心理諮商服務明細

民眾姓名：

民眾身分證字號：

提供心理諮商合作機構名稱：

同意書檔案名稱：

服務 次數	日期 年/月/日	心理諮商服務 提供人員姓名	面對面方式執行	通訊方式執行	
			民眾簽名	是/否	檔案名稱
1					
2					
3					

衛生福利部114-115年度重大災害事件心理健康支持方案

衛生局期中(末)執行成果統計

【本表可由衛生局自系統產製】

縣市/衛生局：

年度/月份： 年 月至 年 月

序號	機構名稱	總服務人數	總服務人次	申報金額（元）
1				
2				
3				
合計	-			

承辦人

權責主管

衛生福利部114-115年度重大災害事件心理健康支持方案 收支明細表

受補助單位：○○○○○○

		第 一 次 核 撥 日 期 ---- 年 ---- 月 ---- 日 核 撥 金 額 \$ 元	第 二 次 核 撥 日 期 ---- 年 ---- 月 ---- 日 核 撥 金 額 \$ 元	第 三 次 核 撥 日 期 ---- 年 ---- 月 ---- 日 核 撥 金 額 \$ 元
			第一次餘（絀）數金額 \$ 元	第二次餘（絀）數金額 \$ 元
		第 一 次 結 報 日 期 ---- 年 ---- 月 ---- 日 結 報 金 額 \$ 元	第 二 次 結 報 日 期 ---- 年 ---- 月 ---- 日 結 報 金 額 \$ 元	
項目	核定金額			
心理諮商費				
小計				
餘（絀）數				
備註	利息收入：\$0元、其他衍生收入：\$0元，(經費結報時，利息金額為300元以下者，得留存受補(捐)助單位免解繳本部；其餘併同其他衍生收入及結餘款，應於結報時解繳本部)。			

製表人

覆核

會計人員

單位首長

(簽約代表人)