

# 臺北市府衛生局委託辦理 112 年度高關懷心理衛生服務計畫

## 行政契約

臺北市府衛生局（以下簡稱甲方）為辦理112年度高關懷心理衛生服務計畫，依據「行政程序法暨精神衛生法」公告規定，委託（以下簡稱乙方）為臺北市府衛生局特約精神醫療院所、心理諮商/治療所，雙方約定契約條款如下：

### 第一條

本契約有效期間自 112 年 月 日起至 112 年 11 月 15 日止。

### 第二條

乙方接受甲方指定辦理高關懷心理衛生服務計畫，甲方依下列標準核實支付乙方服務費用，說明如下：

#### 一、補助項目、額度及標準：

- （一）補助項目及額度：每一個案心理諮商服務 1 個期程為 8 次，若有延長諮商需求(僅限 1 次)，需事先填寫個案服務結案暨延長單說明申請延長原因並送本局審核，經本局同意後始可延長 1 個期程 8 次。個別心理諮商、家族/伴侶諮商每年最高補助次數為 8 次（個別諮商與家族/伴侶諮商可交替使用）、外展訪視最高每年最高補助次數為 6 次(不得與個別諮商或家族/伴侶諮商混用)，補助項目及金額如下：

處置 項目	單次補助額度上限 【核實支付】	補助內容說明 (每項補助之申請，均應有臨床處置紀錄)
心理 諮商 /輔 導費 用	個別心理諮商 補助 2,000 元/次	每次服務時間為 1 小時，衛生局補助 2,000 元/次，每人每年上限 8 次，第 9 次開始諮商費用由案主自行全額負擔。若需延長則需申請與評估，請見上方詳述。
	家族/伴侶諮商 補助 3,000/次	每次服務時間為 1.5 小時，衛生局補助 3,000 元/次，每組每年上限 8 次，第 9 次開始諮商費用由

		案主自行全額負擔。若需延長則需申請與評估，請見上方詳述。
	外展訪視費 3,000 元/次	每次服務時間至少 50 分鐘，衛生局補助 3,000 元/次，每人每年上限 6 次，第 7 次開始諮商費用由案主自行全額負擔。
備註	<p>● 補助對象說明：</p> <p>(1) 需經社區心理衛生中心轉介。</p> <p>(2) 為兼顧本市各區個案服務量能，派案機制標準將綜評各特約機構服務量能狀態及個案意願與居所、就業、就學地就近分派。</p> <p>(3) 每案於服務補助次數內，倘給付契約金額用罄或服務跨越契約有效期間，經評估個案仍有迫切心理需求，可轉本局以接續提供相關心理服務。</p> <p>(4) 申請心理諮商之個案，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服務者，機構得予以結案，並向本局回報，剩餘次數於結案後用罄，當年度不得再申請。</p> <p>● 乙方於簽約時，應提供執行本方案之專業人員名冊、核備在案之諮商空間數，若執行本案之專業人員異動，需事先主動函報本局，以利稽核。</p>	

(二) 補助標準:個別心理諮商、家族/伴侶諮商、外展訪視費用補助採核實支付，已向本方案申請補助之金額不得重複向個案收取，或其他方案、經費申請補助或報支。

### 第三條

乙方應依辦理之醫療處置項目，聘用具有專業證照資格之臨床心理師、諮商心理

師等之醫療服務人員執行各項服務。

#### 第四條

乙方應依提供之心理諮商製作相關紀錄，其製作與保存年限均應依醫療法之規定辦理，並妥善保存供甲方查核。

#### 第五條

乙方申請核銷補助費用需檢具下列文件：

- 一、 臺北市政府衛生局社區心理衛生中心轉介單(含簡式健康量表 BSRS-5)。
- 二、 個案服務結案暨延長單。
- 三、 諮商費用申請明細表。
- 四、 個案服務摘要表。
- 五、 個案回饋問卷。
- 六、 心理諮商知情同意暨個人資料蒐集同意書。
- 七、 領據。
- 八、 申請核銷公文函文。
- 九、 本局要求之其他相關表單。

#### 第六條

本案分三季核銷，核銷期程為：

季別	核銷資料之期間	核銷申請期間	備註
第一季	112 年 1 月 1 日至 4 月 30 日	112 年 5 月 1 日至 5 月 31 日	請每月 1 日回報本局已完成諮商之時數與案量。
第二季	112 年 5 月 1 日至 8 月 31 日	112 年 9 月 1 日至 9 月 30 日	
第三季	112 年 9 月 1 日至 11 月 15 日	112 年 11 月 16 日至 11 月 30 日	

乙方應於前述申請時間內向甲方提出核銷申請(以甲方收文日、掛號函件執據、快遞執據日期視為送達日)，甲方審查符合規定者，於收到申報文件之日起最遲 60 日內核付。不符合規定者，得通知乙方於 15 日內更正或補件，經複審符合規定者，予以核付。

本案契約金額上限為新臺幣 190 萬元整，給付至契約上限金額用罄為止。

#### 第七條

乙方執行本契約之業務時，應遵守醫療法第 72 條之規定，對個案資料負有保密責任，不得無故洩漏。

乙方執行本契約致第三人遭受損害時，乙方應負完全損害賠償責任。如因此致甲方遭受損害或第三人向甲方請求賠償損害(包括但不限於國家賠償責任)，乙方應賠償甲方之損失。

#### **第八條**

乙方提供個案本契約補助之治療項目且向甲方申請費用，不得再向個案重複收費。

#### **第九條**

甲方基於審查業務需要時，得調閱乙方相關處方資料審查，乙方不得拒絕。

#### **第十條**

乙方有下列情形之一者，甲方得終止契約，乙方不得向甲方請求任何賠償或補償，如因此致甲方受有損害，並應負損害賠償責任：

一、規避、妨礙、拒絕、拖延查核者。

二、虛報、浮報補助費用，經有關機關調查屬實者。

三、乙方聘用之醫療服務人員不適任或資格未符合本契約規定，經甲方要求限期撤換，而仍未於期限內撤換者。

四、其他違反醫療相關法規情事，情節重大者。

#### **第十一條**

乙方於受託期間因天然災害事變等不可抗力之事故，致無法履行本契約約定事項，經甲方協助仍無法改善時，得終止契約。

依前項終止契約時，雙方應在確保服務對象權益之前提下，依其個別狀況共同負責照顧事宜。

#### **第十二條**

甲乙雙方於必要時，得於契約所約定之範圍內通知對方變更契約；契約之變更，未經甲乙雙方同意，並作成書面紀錄、簽名蓋章者，無效。

#### **第十三條**

乙方因故不再接受甲方指定辦理高關懷心理衛生服務計畫時，應於30天前向甲方提出書面申請終止合約。

#### **第十四條**

乙方因遷址或歇業，經衛生主管機關註銷原有開業執照者，自註銷之日起終止合約。但同一行政區遷移地址且檢具衛生主管機關核發之開業執照影本，向甲方辦理遷址者，不在此限。

#### **第十五條**

本契約如有未盡事宜，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。

#### **第十六條**

本契約不因甲乙雙方代表人之變更而影響契約之履行及效力。

#### **第十七條**

乙方於契約期間，如有違反本契約第10條規定者，次年度得不予簽約。

## 第十八條

本契約雙方應依誠信原則確實履行，如有涉訟案件，雙方同意以臺灣臺北地方法院行政訴訟庭為第一審管轄法院。

## 第十九條

除本契約另有約定外，應送達本契約當事人之通知、文件或資料，均應以中文書面為之，並於送達對方時生效。除於事前取得他方同意變更地址者外，雙方之地址應以下列為準。

一、甲方地址：臺北市信義區市府路1號

二、乙方地址：

當事人之任一方未依前項規定辦理地址變更，他方按原址，並依當時法律規定之任一種送達方式辦理時，視為業已送達對方。

前項按址寄送，其送達日以掛號函件執據、快遞執據或收執聯所載之交寄日期，視為送達。

## 第二十條

本合約一式4份，正本2份、副本2份，經雙方立契約人蓋章後生效，正本由甲、乙方各執乙份，副本由甲方保管。

立契約書人：

甲 方：臺北市政府衛生局 (機關全銜)

代 表 人：

地 址：臺北市信義區市府路1號

乙 方： (機構全銜)

代 表 人：

地 址：

中 華 民 國 年 月 日

**臺北市府衛生局社區心理衛生中心  
個案服務結案暨延長單**

結案日期：     年     月     日

特約機構名稱		諮商師姓名	
個案姓名		個案電話	
性別	<input type="checkbox"/> 1. 生理男 <input type="checkbox"/> 2. 生理女	身分別	<input type="checkbox"/> 1. 本國籍 <input type="checkbox"/> 2. 原住民 <input type="checkbox"/> 3. 客家人 <input type="checkbox"/> 4. 外籍人士：○4-1. 新住民     ○4-2. 移工
諮商次數		諮商期程	年 月 日 - 年 月 日，每周     ，上午/下午     時     分。
結案原因 (需符合心衛中心結案標準)	<input type="checkbox"/> 1. 經服務評估後個案狀況穩定，或個案需求已獲致滿足，無提供持續性服務之必要者。 <input type="checkbox"/> 2. 個案死亡或失去聯繫達1個月以上者。 <input type="checkbox"/> 3. 個案移民或遷移(居所、就業、就學等)至臺北市外，無法繼續提供心理衛生相關服務者。 <input type="checkbox"/> 4. 個案自動退出、無意願或無法配合服務者。 <input type="checkbox"/> 5. 其他， _____。 。		
個案分類	<input type="checkbox"/> 1. 特殊族群個案 <input type="checkbox"/> 2. 照顧者議題 <input type="checkbox"/> 3. 精神疾病防治 <input type="checkbox"/> 4. 兒童青少年高關懷個案		
個案問題摘要			
資源使用狀況			
服務摘要			
後續建議			
結案評估	<input type="checkbox"/> 1. 結案 <input type="checkbox"/> 2. 建議續開案1次 <input type="checkbox"/> 3. 有疑義待核示 評估說明：  <div style="text-align: right;">心理師</div> 簽章：		

<p>心衛中心審查意見</p>	<div> <input type="checkbox"/>1. 結案    <input type="checkbox"/>2. 建議續開案 1 次    <input type="checkbox"/>3. 其他意見 </div> <p>審查說明：</p> <div> <p>評估人員簽章：</p> <p>督導簽章：</p> <p>主管簽章：</p> </div>
-----------------	--

## 諮商費用申請明細表

申請機構名稱：

(全銜)_____診所/醫院/心理諮商所/治療所									
個案姓名	日期	時間	諮商人員 簽章	服務方式	諮商地點	補助 單價	總金 額	個案簽 章	總計
吳0人	112/01/01	1900-2000		個別諮商	○○機構諮商室	2000	2000		5000
	112/01/07	1500-1630		伴侶諮商		3000	3000		
陳0心	112/01/01	1800-1900		外展訪視		3000	3000		3000
林0靜	112/01/01	1200-1300		外展訪視		3000	3000		3000
共計新臺幣			壹萬壹仟			元整			

\*本表可依實際需求自行增加列數\*

中 華 民 國

年

月

日



臺北市府衛生局社區心理衛生中心  
個案服務摘要表

個案姓名			會 談 師			機 構 個 管 員		
身 份 證 字 號		連 絡 電 話		出 生 年 月 日	年 月 日	性 別		
個案地址								
每次諮商 時 間	( 年 月 日星期 , 時 分- 時 分)							
本 案 已 完 成 申 請 次 數	本案前已完成申 請總次數: _____ 次 (不含本次申請)		個 案 服 務 類 型 與 次 數	<input type="checkbox"/> 1. 個別心理諮商 _____ 次 <input type="checkbox"/> 2. 家族/伴侶諮商 _____ 次 <input type="checkbox"/> 3. 外展服務 _____ 次				
諮 商 狀 況	<input type="checkbox"/> 1. 仍在案 <input type="checkbox"/> 2. 結案		諮 商 治 療 / 外 展 服 務 場 所					
會談摘要								
處遇摘要								

建議(校園/職場/社區)

晤談心理師簽章：

機構

個管員簽章：

機構審核章：

單位負責人(所長)簽章：

中 華 民 國

年

月

日

## 領 據

茲收到臺北市政府衛生局委託辦理「高關懷心理衛生服務計畫」費用計新臺幣 000 元整。

此 致

臺北市政府衛生局

單位名稱（全銜）：

負責人：

會 計：

（以上請加蓋單位及相關人員章）

單位電話：

單位地址：

統一編號：

戶 名：

金融單位：

分 行 別：

帳 號：

中 華 民 國 年 月 日

## 臺北市政府衛生局社區心理衛生中心個案回饋問卷

您好：

社區心理衛生中心非常關心您的諮商輔導經驗，請您不吝填妥此不記名問卷，提供我們掌控服務品質的參考。謝謝您的合作。

性別：☐1. 女 ☐2. 男      年齡：\_\_\_\_歲      日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

諮商人員姓名：\_\_\_\_\_

		非常 同意	同意	不同意	非常 不同意
		4	3	2	1
1	諮商人員能夠尊重我	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	諮商人員所提供的服務是專業的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	諮商人員盡力協助我解決困擾與問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	整體而言，這段時間的諮商輔導對我是有幫助的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	如果以後有需要，我願意再找這位諮商人員提供諮商服務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

對於諮商服務其他的相關建議與回饋

## 112年度高關懷心理衛生服務計畫心理諮商知情同意

### 暨個人資料蒐集同意書

本人(接受服務者)\_\_\_\_\_在經過心理機構(以下簡稱機構)說明後，瞭解心理諮商與治療服務之內容、風險及益處，並相關權益及規範後，同意參與臺北市政府衛生局112年度「高關懷心理衛生服務計畫」，接受心理諮商服務。此外，也願意遵守衛生福利部112年度「高關懷心理衛生服務計畫」之規定：

- (1) 無重複至其他機構接受相同補助之情事，如有不實，願意繳回重複申請補助之款項。
- (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，機構得予以結案，並向本局回報，剩餘次數於結案後即用罄，並當年度不得要求再申請使用。
- (3) 補助次數每人每年1個期程最多8次，當年度使用過即不得重複申請。
- (4) 經機構評估，若有延長諮商需求(僅限1次)，則由機構填具諮商(外展)服務結案暨延長表單說明申請延長原因並送本局審核，經本局同意後始可延長1個期程8次。
- (5) 服務次數於當年度機構回報本局結案後即用罄，結案後當年度不得再要求使用剩餘次數。
- (6) 同意接受與配合機構相關心理諮商與治療服務規定，服務規定須符合心理師法與專業倫理。

臺北市政府衛生局及\_\_\_\_\_ (心理機構)針對上開本人各項資料，應妥為保管，本人依個人資料保護法第3條規定，保留隨時取消本同意書之權利。

心理機構:\_\_\_\_\_ 機構人員/職稱:\_\_\_\_\_ (簽章)

機構地址: \_\_\_\_\_ 心理機構醫事代碼: \_\_\_\_\_

立書人(接受服務者): \_\_\_\_\_ (簽章) 立書人電話: \_\_\_\_\_

立書人身分證字號: \_\_\_\_\_

監護人/代理人: \_\_\_\_\_ (簽章) 監護人/代理人電話: \_\_\_\_\_

監護人/代理人身分證字號: \_\_\_\_\_ 與立書人關係: \_\_\_\_\_

\*若需變更預約心理諮商時間，請撥打 \_\_\_\_\_ (心理諮商機構聯繫電話)

中 華 民 國 年 月 日