

機構名稱

長期照顧十年計畫 2.0-「失智症團體家屋」原住民族地區、離島地區及長照偏遠地區照顧服務員獎勵津貼印領清冊

申請月份:中華民國____年____月

序號	職稱	姓名	身分證字號	戶籍地址	到職日	獎勵津貼	簽名或蓋章
1	照顧服務員						
2	照顧服務員						
3	照顧服務員						
4	照顧服務員						
5	照顧服務員						
申請補助合計							單位:新臺幣／元

承辦人：

會計：

機構負責人：

備註：

1. 依據長照服務發展基金 114 年度一般性獎助計畫經費申請獎助項目及基準。
2. 原住民族地區、離島地區及長照偏遠地區照顧服務員獎勵津貼：於原住民族地區、離島地區及長照偏遠地區提供失智症團體家屋服務之照顧服務員，每人每月獎助新臺幣三千元，最高獎助十二個月。