推動中小企業臨場健康服務補助計畫修正規定

一、目的：

勞動部職業安全衛生署（以下簡稱本署）為協助雇主辦理健康管理及職業病預防等事項，透過補助中小企業依勞工健康保護規則規定，僱用或特約勞工健康服務醫師、護理或相關人員辦理臨場健康服務，以營造健康工作環境，特訂定本計畫。

二、補助對象：

依法辦理工廠、公司、商業登記或經各該目的事業主管機關許可立案，且為就業保險之投保單位，勞工人數在二百九十九人(每年申請資格審查當月之前一個月勞工保險投保人數)以下者。但從事特別危害健康作業之勞工人數(含其他受工作場所負責人指揮或監督從事勞動之人數)在一百人以上者，不予補助。

三、補助期間：

勞工保險投保人數在一百九十九人以下者，自一百零九年一月一日起至一百一十年十二月三十一日止；勞工保險投保人數在二百人至二百九十九人者，自一百零九年九月一日起至一百一十年十二月三十一日止。

四、申請作業期間：

(一) 補助資格申請：補助期間均得申請。

(二) 補助款申請：作業期間如附表一；逾期申請者不予補助。

五、補助標準：

(一)事業單位委託提供勞工健康服務之特約機構(以下簡稱特約機構)，指派人員辦理臨場健康服務，事業單位勞工保險投保人數在二百人至二百九十九人者，補助每次臨場服務費用百分之五十；事業單位勞工保險投保人數在一百人至一百九十九人者，補助每次臨場服務費用百分之八十；勞工保險投保人數在二百九十九人以下者，得僱用專職勞工健康服務護理人員，每月補助該人力勞工保險投保薪資三分之一。

(二)前款特約或僱用方式之補助，事業單位單次僅限擇一提出申請。同一年度不

同月份分別以特約或僱用方式配置醫護相關人員者，依附表二特約機構派員年度補助金額上限規定。但先以僱用方式配置人員且補助金額逾該規定者，同一年度後續特約金額不予補助。

六、申請方式：

(一)事業單位應依勞工健康保護規則第六條第三項規定，完成其僱用或特約之醫護或相關人員之備查作業。

(二)至本署中小企業臨場健康服務補助管理系統(以下簡稱補助系統)完成帳號線上申請，並檢具資格審查相關文件電子檔，於申請期間內上傳補助系統。

(三)每年均應申請一次資格審查。

(四)俟補助系統通知資格審查通過，檢具資格審查及經費請撥之相關文件紙本(同一年度僅需檢送一次資格審查文件紙本)，於補助款申請作業期間內，以掛號郵寄(郵戳為憑)或逕送(收文日為憑)至本署委託之專業機構。

七、檢具文件：

(一)資格審查：

1.申請表(格式一)。

2.工廠、公司、商業登記或經各該目的事業主管機關許可立案之證明文件影本(營業項目需可見其行業別)。

3.勞工保險投保人數證明。

4.最近一期勞工保險、就業保險之繳費證明書。

5.撥款帳戶之存摺封面。

(二)經費補助：

1.申請表(格式二)。

2.臨場健康服務執行紀錄表（格式三）。

3.支出證明：

(1)委託特約機構：特約機構開立之統一發票收執聯或收據正本，或與正本相符之影本（應註明無法提出正本之原因及加蓋經手人印章）。

(2)僱用專職人員：

①勞工保險投保薪資證明。

②薪資匯款證明或領據正本，或與正本相符之影本（應註明無法提出正

本之原因及加蓋經手人印章)。

4.其他經本署認定有必要提出之文件。

八、 審查作業：

(一) 資格審查：就事業單位是否符合第二點所定資格予以審查，並於審查完成後，於補助系統線上通知事業單位審查結果。

(二) 經費補助審查：

1. 就僱用或特約醫護與相關人員是否符合勞工健康保護規則第七條所定資格，及臨場健康服務執行紀錄表內容及欄位是否均已填寫予以審查，並依第五點所定項目及額度核定補助經費，於補助系統線上通知事業單位核定之補助金額。

2. 檢具文件未符規定，且未於附表一所定期間內補正者，併入下期審查。但於十月三十一日前仍未補正者，該次申請不予補助；十月至十二月於次年三月申請；但於三月三十一日前仍未補正者，該次申請不予補助。

(三) 本計畫係委託專業機構協助辦理審查，必要時，得由本署、專業機構或本署委託建置之勞工健康服務中心派員實地查核，事業單位應予配合，不得拒絕、規避或妨礙。

九、核銷作業：

(一)事業單位應於附表一所定補助款申請作業期間內，檢具第七點所列文件紙本，以掛號郵寄(郵戳為憑)或逕送(收文日為憑)至專業機構；支出證明開立日期最遲不得逾該次申請作業期間。

(二)本署就符合補助資格之事業單位，以「中小企業符合勞動部職業安全衛生署臨場健康服務條件補助清冊」(如格式四)，併金融機構匯款證明辦理經費結報。

(三)事業單位申請支付款項時，應本誠信原則對所提出原始支出憑證之支付事實及真實性負責，且不得向兩個以上機關提出申請臨場健康服務之補助，並應自主檢核，有不實者，應負相關責任。

十、其他規定：

(一)本計畫係使用政府補助款，依稅法規定本署將開立所得扣繳憑單予接受補助

之雇主，辦理申報事宜。

(二)事業單位拒絕、規避或妨礙本署、本署委託之專業機構或勞工健康服務中心查核，或經查證有未依補助用途支用、虛報、浮報或檢附文件有隱匿不實、造假等情事屬實者，本署得撤銷或廢止補助，並得視情節輕重追繳已撥付之一部或全部補助款，同時列為五年內不予補助之對象。

(三)申請補助案，由專業機構依補助系統收件順序受理。惟當年度編列經費用罄者，即停止受理申請。補助之發給或終止，得視經費額度調整；所編列之年度預算被刪除等不可歸責之因素，致不足支應本計畫政府補助款時，得終止補助或自始不予補助。

附表一 補助款申請作業期間

申請作業期間	3 月 1 日至 31 日	6 月 1 日至 30 日	9 月 15 日至 10 月 31 日
109 年	申請 109 年 1 月至 2 月費用	申請 109 年 1 月至 5 月費用	申請 109 年 1 月至 9 月費用
110 年	申請 109 年 10 月至 110 年 2 月費用	申請 110 年 1 月至 5 月費用	申請 110 年 1 月至 9 月費用
111 年	申請 110 年 10 月至 12 月費用		

附表二　補助標準

<table>
<tr><th rowspan="2">類別</th><th rowspan="2" colspan="2">補助對象
(依規模及事業危害風險分類[1])</th><th colspan="2">補助次數上限</th><th rowspan="2">年度[3]補助金額上限
(新臺幣)</th><th rowspan="2">備註</th></tr>
<tr><th>醫師</th><th>護理/
相關人員</th></tr>
<tr><td rowspan="8">特約機構[2]派員</td><td rowspan="3">勞工保險投保人數在 200 人至 299 人者</td><td>第一類</td><td>6 次/年</td><td>6 次/月</td><td>15 萬元/年</td><td rowspan="3">補助每次勞工健康服務醫護或相關人員臨場服務費用(不含交通、餐飲等其他費用)50%。</td></tr>
<tr><td>第二類</td><td>4 次/年</td><td>4 次/月</td><td>10 萬元/年</td></tr>
<tr><td>第三類</td><td>3 次/年</td><td>3 次/月</td><td>8 萬元/年</td></tr>
<tr><td rowspan="3">勞工保險投保人數在 100 人至 199 人者</td><td>第一類</td><td>4 次/年</td><td>4 次/月</td><td>15 萬元/年</td><td rowspan="5">補助每次勞工健康服務醫護或相關人員臨場服務費用(不含交通、餐飲等其他費用)之 80%。</td></tr>
<tr><td>第二類</td><td>3 次/年</td><td>3 次/月</td><td>10 萬元/年</td></tr>
<tr><td>第三類</td><td>2 次/年</td><td>2 次/月</td><td>8 萬元/年</td></tr>
<tr><td>勞工保險投保人數在 50 人至 99 人者</td><td>各類</td><td>1 次/年</td><td>1 次/月</td><td>4 萬元/年</td></tr>
<tr><td>勞工保險投保人數在 49 人以下者</td><td>各類</td><td colspan="2">6 次
(含醫師服務
1 次/2 年)</td><td>2 萬元/年</td></tr>
<tr><td>專職僱用</td><td>勞工保險投保人數在 299 人以下者</td><td>各類</td><td colspan="2">－</td><td>20 萬元/年</td><td>補助每月專職勞工健康服務護理人員[4]勞工保險投保薪資之三分之一。</td></tr>
</table>

備註：

1. 事業危害風險分類:指職業安全衛生管理辦法第 2 條及其附表所定之事業。
2. 特約機構:指依法登記之醫療機構、護理機構、其他經中央衛生主管機關認可醫事人員得執業登記之機構、勞動部認可之勞工健康顧問服務類之職業安全衛生顧問服務機構；每次特約服務需達 2 小時且留存執行紀錄予事業單位。
3. 年度：係指實際費用發生年度，每年 1 月 1 日起至 12 月 31 日止。
4. 專職勞工健康服務護理人員：不得兼任其他法令所定專責（任）人員或從事其他與勞工健康服務無關之工作。
5. 實際費用發生於年度 7 月 1 日起者，補助上限減列為二分之一。

6. 年度最後一次補助費用為年度補助金額上限扣除已申領補助金額。
7. 事業單位經特約勞工健康服務醫護人員評估勞工有心理或肌肉骨骼疾病預防需求者，得特約勞工健康服務相關人員提供服務，但各年度從事勞工健康服務護理人員總服務頻率，仍應達二分之一以上。
8. 本署計算應核給之補助款總額，以新臺幣元為單位，角以下四捨五入。

本補助計畫採**線上申請**，請至「中小企業臨場健康服務補助管理系統」進行線上申請。

格式一

勞動部職業安全衛生署推動中小企業臨場健康服務
資格審查申請表

<table>
<tr><td colspan="6">※收件序號：
收件時間：　年　月　日　時　分</td></tr>
<tr><td rowspan="8">事業單位基本資料</td><td>事業單位全銜</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">縣市別</td><td rowspan="2"></td><td>登記地址</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>通訊地址</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>負責人</td><td colspan="2"></td><td>勞工保險證號</td><td></td></tr>
<tr><td>行業別</td><td colspan="2"></td><td>統一編號</td><td></td></tr>
<tr><td>危害風險類別</td><td colspan="4">□第一類　□第二類　□第三類</td></tr>
<tr><td>勞工人數</td><td colspan="4">勞工保險投保人數____人
從事特別危害健康作業人數____人(含其他受工作場所負責人指揮或監督從事勞動之人數)</td></tr>
<tr><td>聯絡人/職稱</td><td colspan="2"></td><td>E-Mail</td><td></td></tr>
<tr><td>聯絡電話</td><td colspan="2"></td><td>傳真</td><td></td></tr>
<tr><td>事業單位切結書</td><td colspan="5">茲聲明以上記載及所附文件均完全屬實，有虛假情事者，願負一切法律責任，絕無異議。

事業單位名稱：　　(蓋印)
負責人：　　(蓋印)

申請日期：中華民國　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>※審核情形</td><td colspan="5">審核結果：
※□資料齊全
※□資料不齊，通知補件時間 月 日 時 分
(　　)符合條件
(　　)不符合條件，理由：

※審核單位及人員：(簽章)</td></tr>
</table>

備註:

1.**請至補助系統線上填報，列印紙本完成用印，掃描申請表 PDF 檔上傳至系統。**

2.事業危害風險分類:指職業安全衛生管理辦法第 2 條及其附表所定之事業。

3.※欄位由系統自動帶出或由專業機構填寫。

本補助計畫採**線上申請**，請至「中小企業臨場健康服務補助管理系統」進行線上申請。

格式二

勞動部職業安全衛生署推動中小企業臨場健康服務經費補助申請表

※收件序號： 收件時間： 年 月 日 時 分						
※事業單位基本資料	事業單位全銜					
	縣市別		登記地址			
			通訊地址			
	負責人			勞工保險證號		
	行業別			統一編號		
	危害風險類別	□第一類 □第二類 □第三類				
	勞工人數	勞工保險投保人數____人 從事特別危害健康作業人數____人(含其他受工作場所負責人指揮或監督從事勞動之人數)				
	聯絡人/職稱			E-Mail		
	聯絡電話			傳真		

特約機構指派醫護人員經費報告

機構資料	特約機構名稱	人員類別		姓名	身分證字號	服務日期	說明 (無則免填)
		醫師					
		護理人員					
		相關人員	心理師				
			物理治療師				
			職能治療師				

經費明細	補助項目	姓名	每次支出費用	申請補助金額※	自籌款※	申請金額小計※	說明 (無則免填)
	醫師						
	護理人員						
	相關人員						
	總計						

<table>
<tr><th colspan="7">僱用專職護理人員經費報告</th></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="4">人員資料</td><td>姓名</td><td colspan="2">身分證字號</td><td>服務期間</td><td>說明
(無則免填)</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="5">經費明細</td><td>姓名</td><td>每月
支出費用</td><td>申請補助
金額※</td><td>自籌款※</td><td>申請金額
小計※</td><td>說明
(無則免填)</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td rowspan="4"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">總計</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

承辦單位(人員)	會計單位(人員)	事業單位負責人

事業單位切結書

茲聲明□以上記載及所附文件均完全屬實；

□無申領其他機關臨場健康服務補助款情事；

□未使僱用之專職護理人員兼任其他法令所定專責(任)人員或從事其他與勞工健康服務無關之工作；

有虛假者，願負一切法律責任，並退還所有補助款項，絕無異議。

事業單位名稱：　　(蓋印)

負責人：　　(蓋印)

申請日期：中華民國　　年　　月　　日

※審核情形

審核結果：

※□資料齊全

※□資料不齊，通知補件時間 月 日 時 分

(　　)符合條件(　　)不符合條件，理由：

※申請補助金額：合計新臺幣　萬　千　百　十　元整

※審核單位及人員：(簽章)

※核定補助金額：合計新臺幣　萬　千　百　十　元整

備註：

1.**請至補助系統線上填報，列印紙本完成用印，掃描申請表 PDF 檔上傳至系統。**

2.相關人員係指心理師、職能治療師或物理治療師。

3.補助系統如無法自「全國勞工健康服務人員暨教育訓練管理系統」，勾稽醫護或相關人員是否符合勞工健康保護規則第 7 條所定資格，將另通知檢具資格證明文件。

4.紙張格式：A4　※欄位由系統自動帶出或由專業機構填寫。

格式三

臨場健康服務執行紀錄表

<table>
<tr><td colspan="2">一、作業場所基本資料</td></tr>
<tr><td colspan="2">事業單位名稱：　　部門名稱：</td></tr>
<tr><td>作業人員</td><td>□行政人員：男____人；女___人；
□現場操作人員：男____人；女___人</td></tr>
<tr><td>作業類別與人數</td><td>□一般作業：人數 ： _____
□特別危害健康作業：類別：_____人數：_____</td></tr>
<tr><td colspan="2">二、作業場所與勞動條件概況：工作流程(製程)、工作型態與時間、人員及危害特性概述</td></tr>
<tr><td colspan="2">三、臨場健康服務執行情形（列舉勞工健康保護規則第十條至第十二條事項，可複選）：
□勞工體格（健康）檢查結果之分析與評估。
□協助選配勞工從事適當之工作:　　名。
□健康檢查結果異常者之追蹤管理及健康指導:　　名。
□職業健康相關高風險勞工之評估及個案管理:　　名。
□勞工健康教育、衛生指導、身心健康保護等措施之策劃及實施。
□工作相關傷病之預防、健康諮詢:　　名。
□協助辨識與評估工作場所環境、作業及組織內部影響勞工身心健康之危害因子，並提出改善措施或改善規劃之建議。
□協助調查勞工健康情形與作業之關連性。
□協助提供復工勞工之職能評估、職務再設計或調整之諮詢及建議。
□其他:</td></tr>
<tr><td colspan="2">四、改善及建議採行措施：</td></tr>
<tr><td colspan="2">五、執行人員及日期（僅就當次實際執行者簽章）
特約機構人員：　　事業單位人員：
□勞工健康服務之醫師，簽章_____　　□專職僱用勞工健康服務之護理人員，簽章_____
□勞工健康服務之護理人員，簽章_____　　□職業安全衛生人員，簽章_____
□人力資源管理人員，簽章_____
□勞工健康服務相關人員，簽章_____　　□其他，部門名稱_____，職稱_____，簽章_____</td></tr>
<tr><td colspan="2">執行日期：___年___月___日　　時間：___時___分 迄 ___時___分</td></tr>
</table>

備註：

1.請至補助系統線上填報第一及第二大項(第三及第四大項線上填報或手寫均可)，列印紙本完成簽章後，掃描紀錄表 PDF 檔上傳至系統。

2.紙張格式：A4

格式四

中小企業符合勞動部職業安全衛生署
臨場健康服務條件補助清冊

補捐助案號	受補助事業單位	補助類別	支出總金額	自籌金額	補助金額	補助期間	金融機構代號	金融機構名稱	匯款帳號	備註
合計										

承辦人：　　單位主管：