

財團法人臺灣肝臟學術文教基金會

台灣特殊族群 C 型肝炎微殲滅計畫補助辦法

壹、計畫目的

肝癌為國人十大癌症死因之一，患者身上常見到慢性肝炎-肝硬化-肝癌三部曲，為配合國家政策達到2025年前根除 C 型肝炎的目標，臺灣肝臟學術文教基金會特別補助辦理特殊族群免費 C 型肝炎篩檢活動，藉由篩檢活動找出潛在病患，以期達到早期診斷之目的；且搭配支援之醫院進駐開立 C 肝特診，辦理 C 肝確診患者之後續評估及治療，以達大規模治療、降低傳染風險，使參與本計畫之特殊族群或機構提早於2022年底達到 C 肝根除的目標。

貳、辦理機關

主辦單位：財團法人臺灣肝臟學術文教基金會

協辦單位：高雄醫學大學醫學院肝炎研究中心、高雄醫學大學附設中和紀念醫院肝炎防治中心

參、申請資格及檢附文件

一、有意願參與本計畫、配合各單位或機構進行 C 肝普篩暨治療之醫療機構且執行申請書

中符合以下兩條件者均得申請：

(一) C 肝特殊族群或機構普篩於民國111年11月30日前執行完畢

(二) 普篩完成、報告寄發後於該特殊族群或機構開設『C 肝門診』

二、申請醫療機構應檢附以下文件：

(一) 財團法人臺灣肝臟學術文教基金會台灣特殊族群 C 型肝炎微殲滅計畫補助申請書

(二) 台灣特殊族群或機構 C 肝普篩暨治療活動企劃書

三、申請醫療機構須有主持人（院方代表）、負責醫師（主治醫師級以上）及行政聯絡人各

乙名。

四、申請收件期限：即日起至民國111年6月30日。

肆、補助辦法

台灣肝臟學術文教基金會將補助 Anti-HCV 篩檢費用，補助方法如下擇一：

- (一) 計畫申請單位自行檢測 Anti-HCV—補助費用200元/每位受檢者
- (二) 計畫申請單位檢體委由高雄醫學大學醫學院肝炎研究中心代為檢測—補助費用—30元/每位受檢者（郵寄費用由台灣肝臟學術文教基金會補助）

伍、申請補助程序（詳如流程圖）

申請補助作業流程圖

填寫申請

財團法人臺灣肝臟學術文教基金會 台灣特殊族群 C 型肝炎微殲滅計畫補助申請書

1. 財團法人臺灣肝臟學術文教基金會台灣特殊族群 C 型肝炎微殲滅計畫補助申請書乙份及台灣特殊族群或機構 C 肝普篩暨治療活動企劃書乙份，以電子郵件寄至臺灣肝臟學術文教基金會。yusecretary71@gmail.com
2. 審查完成由臺灣肝臟學術文教基金會送出結果通知。



各醫療院所執行計畫要件

審核通過後，機構所須於民國111年11月30日前執行該特殊族群或機構之 C 型肝炎普篩完畢；且於篩檢後在該特殊族群或機構開設『C 肝門診』。



執行計畫資料整理與回饋

1. 申請機構須提供申請補助之相關結案資料。
2. 本計畫檢驗結果亦鼓勵申請機構上傳至中央健康保險署民眾自費檢驗(查)結果平台，上傳說明請見「特約醫事機構上傳民眾自費檢驗(查)結果」網頁：
https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=0328EB58102D8757&topn=5FE8C9FEAE863B46-



臺灣肝臟學術文教基金會審核執行之結案資料

臺灣肝臟學術文教基金會將審核結案資料；若缺件者將於通知後兩週進行補件；審核無誤者，臺灣肝臟學術文教基金會將以電子郵件通知機構，機構始得開立補助收據並檢附結案資料進行補助請款。

陸、附件

- 一、財團法人臺灣肝臟學術文教基金會台灣特殊族群 C 型肝炎微殲滅計畫補助申請書
- 二、台灣特殊族群 C 型肝炎微殲滅計畫申請補助須檢附之結案文件。

附件一

**財團法人臺灣肝臟學術文教基金會
台灣特殊族群 C 型肝炎微殲滅計畫補助申請書**

主辦單位：財團法人臺灣肝臟學術文教基金會

申請單位：

財團法人臺灣肝臟學術文教基金會

台灣特殊族群 C 型肝炎微殲滅計畫補助申請書

申請機構名稱		地址	(郵遞區號)
		電話	
申請機構 負責人 /職稱		C 型肝炎微 殲滅之特殊 族群、單位 或機構	
主持人 /職稱		電話	
E-mail		手機	
負責醫師 /職稱		電話	
E-mail		手機	
行政聯絡人 /職稱		電話	
E-mail		手機	

申請 Anti-HCV 補助方案	特殊族群或機構 普篩對象之預估人數	執行 C 肝特篩方式	
<input type="checkbox"/> 計畫申請單位自行檢驗—補助費用200元/每位	_____人 (日期： _____年 _____月)	<input type="checkbox"/> 配合特殊族群或機構例行性體檢，將 C 肝抗體檢驗一併納入。 預計日期： 年 月～ 年 月	
<input type="checkbox"/> 檢體委託高雄醫學大學醫學院肝炎研究中心代為檢測—補助費30元/每位		<input type="checkbox"/> 另行規劃 C 肝特篩。 預計日期： 年 月～ 年 月	
目標篩檢人數與比率	預估需治療人數 (可以目標篩檢數之5%-20%計算)	預計每月進駐特殊族群單位或機構之 C 肝特診	
_____人 _____%	_____人	_____次/月	每次門診可評估治療病人數 _____人

台灣特殊族群 C 型肝炎微殲滅計畫補助
結案文件

核准案號：()

主辦單位：財團法人臺灣肝臟學術文教基金會

申請單位：

執行機構	實際篩檢人數／日期	C肝抗體陽性人數 ／日期
C型肝炎微殲滅之特殊 族群、單位或機構		
申請 Anti-HCV 補助方案		申請補助總金額
<input type="checkbox"/> 計畫申請單位自行檢驗－補助費用200元/每個人 <input type="checkbox"/> 檢體委由高雄醫學大學醫學院肝炎研究中心代為檢 測－補助費用－30元/每個人		
審核結果 (由審核單位填寫)		
<input type="checkbox"/> 經審查申請人之資格，並符合本項計畫相關規定， 核發補助新臺幣_____元整 <input type="checkbox"/> 不符補助資格，原因：		

檢附文件

- 財團法人臺灣肝臟學術文教基金會台灣特殊族群 C 型肝炎微殲滅計畫補助申請書
- 台灣特殊族群或機構 C 肝普篩暨治療活動企劃書
- 單位名義之國內金融機構存摺封面影本

----- 申請人存摺封面影本浮貼處 -----

※給付方式(請勾選一項)

匯入金融機構帳戶

金融機構名稱：_____銀行（庫局）_____分行（支庫局）

戶名：_____ 帳號：_____

匯入郵局帳戶

局號：_____ 帳號：_____

備註：

- 一、金融機構（不包含郵局）及分支機構名稱請完整填寫，存摺之總代號、分支代號及帳號，請分別由左至右填寫完整，位數不足者，不需補零。
- 二、郵局帳戶之局號及帳號（均含檢號）不足 7 位者，請在左邊補零。
- 三、所檢附金融機構或郵局之存摺封面影本應可清晰辨識金融機構名稱、帳號、戶名等，帳戶姓名須與申請人資料相符，以免無法入帳。

C肝抗體篩檢 編號	年齡	性別	Anti-HCV 篩檢結果 (陽性/陰性)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

(本表格得視實際執行人數增減)