

臺北市政府地政局實施到府或醫療院所服務計畫

104年2月16日訂定

105年6月24日修正

壹、實施目的

為便利居住臺北市之年邁或行動不便民眾申辦領取徵收補償費保管款業務，提供到府或醫療院所核對身分及收件服務，免除民眾舟車往返之苦，特訂定本實施計畫。

貳、主辦機關

臺北市政府地政局

參、服務對象

凡實際居住於臺北市之民眾，有意思表示能力且不動產標的為臺北市轄區，於國內金融機構（如：郵局、公民營銀行…等）開立有存款帳戶，並符合下列情形之一者：

- 一、年滿 65 歲。
- 二、領有「中華民國身心障礙手冊」。
- 三、持醫院開立之「醫療證明」或「長期照顧服務申請核定函」確為行動不便者。

肆、服務地點

以位於臺北市轄區者為限：

- 一、住居所。
- 二、醫療院所。

伍、實施日期

民國 104 年 3 月 2 日起。

陸、服務項目

- 一、核對身分

委託他人辦理領取徵收補償費保管款案件未能檢附印鑑證明者。

二、收件

當事人未能親自到場或委託他人辦理領取徵收補償費保管款手續者。

柒、實施方式

一、提出需求：由當事人、代理人或經相關機關（社會局、民政局、衛生局或其他機關）轉介以下列方式提出：

（一）書面：填妥到府或醫療院所服務表（如附件 1），以親送、郵寄、傳真或 e-mail 等方式向地政局提出需求。

（二）電話：撥打洽詢服務專線（或撥打 1999 轉接）向地政局提出需求。

二、接獲需求：

（一）承辦人員接獲民眾以書面提出服務需求時，應主動聯繫當事人、代理人或轉介單位承辦人，確認受理項目、到府或醫療院所服務之日期、時間及地點；如服務表載有代理人或轉介單位承辦人時，得洽請其會同前往服務地點。

（二）承辦人員接獲民眾以電話提出服務需求時，應確認受理項目、到府或醫療院所服務之日期、時間及地點，並查填服務電話紀錄表（如附件 1-1）。

三、於排定時間到府或醫療院所服務時，應出示職員證，保持良好服務禮儀，嚴守公務人員服務法，不得有接受餽贈或招待之情形。

- 四、到府或醫療院所服務人員應攜帶影音設備，以錄音、拍照或錄影等方式存證。
- 五、承辦人員到府或醫療院所核對當事人身分，應先行備妥相關資料；到府或醫療院所收件，應核對當事人資格，確認收取領取徵收補償費保管款案件之相關書表與附繳證件，並填寫「臺北市政府地政局到府或醫療院所服務收取證件收執聯」（如附件 2）交由當事人收執。
- 六、本項服務僅限於到府或醫療院所核對身分及收件，徵收補償費保管款核發仍需俟承辦人員依法審查並依相關規定程序辦理。
- 七、承辦人員應於「臺北市政府地政局到府或醫療院所服務紀錄簿」（如附件 3）記錄相關辦理情形。
- 八、到府或醫療院所收件案件經審核無誤，以匯款方式將當事人應領之徵收補償費保管款撥付其同名帳戶。

捌、預期效益

提供臺北市年邁或行動不便民眾便利申辦領取徵收補償費保管款業務，以落實服務之理念，照顧弱勢族群，讓行動不便之民眾受到妥善服務。

臺北市政府地政局受理到府或醫療院所服務表

編號：

填表日期： 年 月 日

案件收件文號 (本欄位由地政局填寫)	年 月 日 字第 號	服務 項目	_____ (請填下列代號) 1. 核對身分 2. 收件
姓名	統一 編號		出生 日期
戶籍地址	市 區 里 鄰 路/街 段 巷 弄 號 樓		
到府或醫 療院所服 務地址	服務地址：_____ (請填下列代號)：(同戶籍地者免填第 2 項) 1. 同戶籍地址 2. 臺北市 區 里 鄰 路/街 段 巷 弄 號 樓		
預約到府或醫療院所日期與時段 (請填寫非國定假日之時段)	最佳時段： 年 月 日 時 分 次佳時段： 年 月 日 時 分 (上午 9 時 00 分至下午 5 時 00 分)		
不動產標示	土地 區 段 小段 地號等 筆 建物 區 段 小段 建號等 棟		
代理人姓名/ 轉介單位及 承辦人姓名	與當事 人關係	聯絡 電話	住宅： 行動電話：
符合 情形	符合：_____ (請填下列代號) 情形： 1. 年滿 65 歲 2. 領有「中華民國身心障礙手冊」 3. 持醫院開立之「醫療證明」或「長期照顧服務申請核定函」確為行動不便者		
備 註	1. 本項服務僅適用於實際居住於臺北市之當事人本人申領徵收補償費保管款案件，有意思表示能力且不動產標的為臺北市轄區，並於國內金融機構(如：郵局、公民營銀行...等)開立有存款帳戶。 2. 本服務表得以親送、郵寄、傳真或 e-mail 等方式提出服務需求。 3. 地政局承辦人員收到本服務表後，將儘速與當事人、代理人或轉介單位承辦人聯繫，確認相關細節，以利本項服務順利完成。 4. 本項服務僅限於到府或醫療院所核對身分及收件，徵收補償費保管款核發仍需俟承辦人員依法審查並依相關規定程序辦理。		

臺北市政府地政局受理到府或醫療院所服務電話紀錄表

記錄人： _____ (核章)

編號： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

案件收件文號 (本欄位由地政局填寫)	年 字第	月	日 號	服務 項目	_____ (請填下列代號) 1. 核對身分 2. 收件
姓名		統一 編號			出生 日期
戶籍地址	市 區 里 鄰 路/街 段 巷 弄 號 樓				
到府或醫 療院所服 務地址	服務地址： _____ (請填下列代號)： (同戶籍地者免填第 2 項) 1. 同戶籍地址 2. 臺北市 區 里 鄰 路/街 段 巷 弄 號 樓				
預約到府或醫療院所日期與時段 (請填寫非國定假日之時段)	最佳時段： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 次佳時段： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 (上午 9 時 00 分至下午 5 時 00 分)				
不動產標示	土地 區 段 小段 地號等 筆 建物 區 段 小段 建號等 棟				
代理人姓名/ 轉介單位及 承辦人姓名		與當事 人關係		聯絡 電話	住宅： 行動電話：
符合 情形	符合： _____ (請填下列代號) 情形： 1. 年滿 65 歲 2. 領有「中華民國身心障礙手冊」 3. 持醫院開立之「醫療證明」或「長期照顧服務申請核定函」確為行動不便者				
備 註	1. 本項服務僅適用於實際居住於臺北市之當事人本人申領徵收補償費保管款案件，有意思表示能力且不動產標的為臺北市轄區，並於國內金融機構(如：郵局、公民營銀行...等)開立有存款帳戶。 2. 地政局承辦人員接獲民眾以電話提出服務需求時，應確認相關細節並查填本服務電話紀錄表後核章，以利本項服務順利完成。 3. 本項服務僅限於到府或醫療院所核對身分及收件，徵收補償費保管款核發仍需俟承辦人員依法審查並依相關規定程序辦理。				

臺北市政府地政局到府或醫療院所服務
收取證件收執聯

一、茲收到臺端申領____年保管字第_____號保管款
檢附之下列文件：

領取徵收補償費保管款 申請書	份		
身分證影本	份		
戶籍謄本	份		
土地所有權狀	張		
權狀遺失切結書	份		
抵押權塗銷同意書	份		
匯款同意書	份		

二、本案保管款核發仍需俟承辦人員依法審查並依相關
規定程序辦理。

當事人姓名： (簽章)

代理人/轉介單位及承辦人姓名： (簽章)

臺北市政府地政局 ○○科 承辦人員： (簽章)

中 華 民 國 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日

臺北市政府地政局到府或醫療院所服務紀錄簿

編號	受理方式	受理項目	保管案號	申請案 收件日期及 文號	當事人 姓名	代理人/ 轉介單位及 承辦人姓名	到府或醫 療院所服 務日期	結案 日期	承辦 人員	備註
	<input type="checkbox"/> 親送 <input type="checkbox"/> 郵寄 <input type="checkbox"/> 傳真 <input type="checkbox"/> email <input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> 核對身分 <input type="checkbox"/> 收件					年 月 日 時 分			
	<input type="checkbox"/> 親送 <input type="checkbox"/> 郵寄 <input type="checkbox"/> 傳真 <input type="checkbox"/> email <input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> 核對身分 <input type="checkbox"/> 收件					年 月 日 時 分			
	<input type="checkbox"/> 親送 <input type="checkbox"/> 郵寄 <input type="checkbox"/> 傳真 <input type="checkbox"/> email <input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> 核對身分 <input type="checkbox"/> 收件					年 月 日 時 分			
	<input type="checkbox"/> 親送 <input type="checkbox"/> 郵寄 <input type="checkbox"/> 傳真 <input type="checkbox"/> email <input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> 核對身分 <input type="checkbox"/> 收件					年 月 日 時 分			
	<input type="checkbox"/> 親送 <input type="checkbox"/> 郵寄 <input type="checkbox"/> 傳真 <input type="checkbox"/> email <input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> 核對身分 <input type="checkbox"/> 收件					年 月 日 時 分			

臺北市政府地政局到府或醫療院所服務實施作業流程圖

