

## 原住民族委員會補助原住民族長者裝置假牙申請表

收件日期： 年 月 日

申請人 基本 資料	姓名	性別	出生 日期	年	月	日
		身分證 字號	族別			
	電話	手機				
	戶籍 地址					
	居住 地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 另列如右：				

本人\_\_\_\_\_茲申請「補助原住民族長者裝置假牙實施計畫」，已充分了解並符合本計畫申請補助對象資格規定，且於 113 年度同一類未曾取得相同補助項目或其他政府機關所辦假牙計畫之補助，並同意由牙科醫院(診所)代為申請補助款做為裝置(維修)假牙費用。

本人上述所填各項資料均完全屬實，並同意提供貴府查詢確認本人身分使用；如經查證以詐欺或其他不正當行為或虛偽之證明申請補助費用者，應負一切法律責任，並返還已支付之補助經費，特此切結。

(如為代理申請，代理人應將表內事項詳細告知申請人)

此致 ○○縣(市)政府

申請人(代理人)簽名或蓋章：\_\_\_\_\_

申請日期： 年 月 日

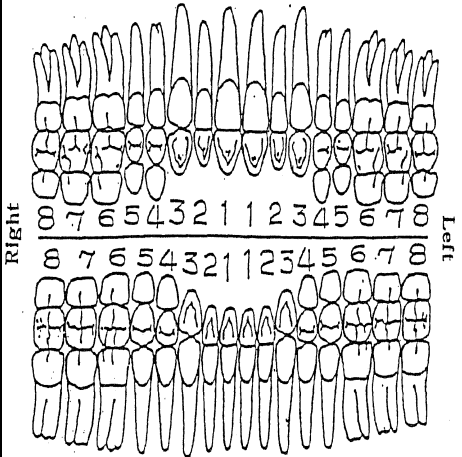
附表 2

### 原住民族委員會補助原住民族長者裝置假牙診治計畫書

醫療院所代碼：\_\_\_\_\_ 醫療院所名稱：\_\_\_\_\_

醫療院所地址：\_\_\_\_\_

#### 診 治 計 畫 內 容

<b>評估項目</b>	<input type="checkbox"/> 第一次裝置假牙 <input type="checkbox"/> 舊假牙已不堪使用 <input type="checkbox"/> 舊假牙堪用		
<b>診治項目</b>	<b>補助態樣</b>	<b>預估單價(補助金額)</b>	
	<input type="checkbox"/> 上、下顎全口活動假牙	(上限 3 萬 6,000 元)	
	<input type="checkbox"/> 上顎全口活動假牙	(上限 1 萬 8,000 元)	
	<input type="checkbox"/> 下顎全口活動假牙	(上限 1 萬 8,000 元)	
	<input type="checkbox"/> 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙	(上限 3 萬 1,000 元)	
	<input type="checkbox"/> 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙	(上限 3 萬 1,000 元)	
	<input type="checkbox"/> 上、下顎部分活動假牙	(上限 2 萬 6,000 元)	
	<input type="checkbox"/> 上顎部分活動假牙	(上限 1 萬 3,000 元)	
	<input type="checkbox"/> 下顎部分活動假牙	(上限 1 萬 3,000 元)	
	<input type="checkbox"/> 固定式假牙(指牙冠或牙橋) _____ 顆(至多 10 顆)	(1 顆 3,600 元)	
	活動假牙維修費	<input type="checkbox"/> 假牙破裂維修費/單顆	(上限 600 元)
		<input type="checkbox"/> 假牙添加費/單顆	(上限 600 元)
		<input type="checkbox"/> 假牙線勾/個	(上限 600 元)
		<input type="checkbox"/> 假牙硬式襯底/座	(上限 1,800 元)
<b>合計預估經費(補助總金額)</b>			
預計診治步驟詳細說明		繪圖(缺牙處請打x)	
			

裝置假牙前(術前)照片粘貼欄-

1、患者口內上、下顎照片各1張

2、咬合面照或環口X光片1張

(可採數位照片或列印，清楚明確可辨認)

負責診治 醫師簽章	醫療院所 蓋章		就診者 同意簽章	(簽名或蓋章或捺指印)
牙醫師公會 審核	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 退件(原因: )	(審核之牙醫師簽名)		(公會章)
直轄市及縣 (市)政府 審核	<input type="checkbox"/> 通過。 核復公文 年 月 日○○○字第 號函 <input type="checkbox"/> 退件(原因: ) 核復公文 年 月 日○○○字第 號函	直轄市及縣(市)政府 核 章		

注意事項：

- 一、受理申請案時，應檢具本診治計畫書及申請書以線上系統、掛號郵寄或親送至戶籍地直轄市及縣(市)政府申請。
- 二、申請案審核通過後，由戶籍地直轄市及縣(市)政府以公文通知牙科醫院(診所)及民眾後，始可辦理假牙之製作及裝置作業。
- 三、提供之服務應包含假牙製作及裝戴、裝戴後至少一年調整服務，以保障服務品質。
- 四、執行本計畫假牙裝置所涉爭議情事，請服務對象與健保特約牙科醫院(診所)雙方應檢具相關事證送直轄市及縣(市)政府調處。
- 五、服務對象如遇傷病、死亡等因素，致無法繼續完成裝置假牙，戶籍地直轄市及縣(市)政府得請牙科醫院診所檢附相關證明文件按假牙製作階段支付服務提供單位核定補助經費之比率：

補助態樣	按製作階段及核定補助經費比率
活動假牙	牙齒骨架印模：30% 完成排牙：70% 已製作完成：80%
固定式假牙	牙齒取模：35% 已製作完成：80%

- 六、申請本假牙補助案件，民眾得自行選擇材質，其超出補助費用部分，得由民眾自行負擔或直轄市及縣(市)政府酌予補助。
- 七、有關假牙裝置費用，請依所轄直轄市及縣(市)衛生局核定牙醫醫療機構收費標準表辦理。
- 八、醫療費用領據(印領清冊)需附千分之四印花稅。