

# 原住民族委員會

## 109 年度補助原住民族長者裝置假牙實施計畫

### 壹、計畫緣起及目的：

#### 一、緣起：

- (一) 全球人口正面臨老化危機，臺灣人口也進入高齡社會，隨著老化現象與日俱增，老年健康議題亟待正視。口腔健康是身體健康與生活品質的基礎，世界衛生組織(WHO)將口腔疾病列為慢性疾病，尤以老人缺牙問題更為嚴重，將成為高齡長者的健康隱憂。
- (二) 口腔健康對身體健康影響甚鉅，隨著年齡增長，口腔機能逐漸下降，若對其置之不理，恐引起牙齦萎縮、牙周疾病、口腔黏膜疾病及缺牙等情形，且嚴重缺牙將導致咀嚼功能退化，造成飲食不均衡且營養攝取不足；甚至會因外觀變化引起心理健康問題，影響社交生活，並間接導致其他疾病，如失智症、心血管疾病、慢性呼吸系統疾病和糖尿病等。
- (三) 依本會「106 年度臺灣原住民族經濟狀況調查」原住民族家庭年平均收入為 72 萬 7,683 元與全體家庭平均年收入 129 萬 2,578 元相較，僅是全體家庭的 0.56 倍。另依「107 年原住民就業狀況調查報告」，原住民有酬就業者每人每月主要工作收入 29,855 元，與全體民眾 39,477 元相較，低 9,622 元，顯示原住民經濟狀況相較於全體民眾處於相對劣勢。考量口腔醫療費用昂貴，若衍伸其他疾病，將促使醫療費用更為沉重，爰為保障原住民族長者口腔健康及減輕經濟負擔，特訂定本計畫。

#### 二、目的：

- (一) 增進原住民族長者口腔功能健康，提升口腔保健觀念，維持其基本生活品質與尊嚴。
- (二) 減輕原住民族長者裝置假牙醫療費用負擔，以保障其獲得適切的服務及生活照顧，促進健康福祉。

## 貳、辦理機關：

- 一、補助機關：原住民族委員會。
- 二、辦理機關：直轄市及縣（市）政府。

## 參、實施地區：全國

## 肆、實施期程：自 109 年 1 月 1 日起至 109 年 12 月 31 日止。

## 伍、執行方式：

### 一、服務對象資格、申請程序、補助態樣及基準：

(一) 服務對象為年滿 55 歲以上原住民，並依提出申請時間分類如下：

- 1、第一類：本計畫函頒後向全民健康保險特約之公私立牙科醫院(診所)〔以下簡稱健保特約牙科醫院(診所)〕申請裝置假牙者。
- 2、第二類：109 年 1 月 1 日起已逕向健保特約牙科醫院(診所)申請裝置假牙，並於本計畫函頒前已完成裝置假牙者或本計畫函頒時尚未完成裝置假牙者。

(二) 資格限制：

- 1、經牙醫師評估缺牙需裝置假牙，且未符合衛生福利部「中低收入老人補助裝置假牙實施計畫」服務對象，或未申請其他政府機關所辦假牙補助者。
- 2、服務對象本(109)年度同一類已取得相同補助項目者，或其他政府機關所辦假牙計畫之補助者，不得提出申請。

(三) 申請程序：

### 1、服務對象第一類：

- (1) 提出申請：申請補助裝置假牙者，應攜帶健保卡逕向健保特約牙科醫院(診所)提出申請。
- (2) 口腔檢查：由健保特約牙科醫院(診所)提供口腔檢查服務，並協助申請者填具申請書【附表 1】後，連同診治計畫書(一)【附表 2】於 7 日內送申請者之戶籍地直轄市及縣（市）政府審查。
- (3) 審查作業：由戶籍地直轄市及縣（市）政府辦理申請者資格審查作業，至涉及醫療專業部分須由地方牙醫師公

會轉請指派具合格牙醫師證書者辦理。另健保特約牙科醫院(診所)送件後至通知審核結果之期間，不得超過日曆天 14 日。

(4) **裝置或維修假牙**：經審核通過後，戶籍地直轄市及縣(市)政府應發核定函予申請者及提供口腔檢查服務之健保特約牙科醫院(診所)，始得製作或維修假牙。

(5) **補助請款**：由健保特約牙科醫院(診所)檢具診治計畫書(二)【附表 3】及領據或印領清冊【附表 4-1、附表 4-2】向戶籍地直轄市及縣(市)政府申領款項。

2、**服務對象第二類**：請申請者於完成裝置假牙後，檢具申請書【附表 5】、領據【附表 6】、健保特約牙科醫院(診所)開立之診斷證明及病歷表，逕送戶籍地直轄市及縣(市)政府辦理審查及補助款撥付事宜。

(四) 申請流程圖：

1、服務對象為第一類：請參閱【附表 7】。

2、服務對象為第二類：請參閱【附表 8】。

(五) 補助態樣及裝置假牙類別：

1、上、下顎全口活動假牙。

2、上顎全口活動假牙。

3、下顎全口活動假牙。

4、上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙。

5、下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙。

6、上、下顎部分活動假牙。

7、上顎部分活動假牙。

8、下顎部分活動假牙。

9、固定式假牙(指牙冠或牙橋)。

10、活動假牙維修費。

(六) **補助基準**：如【附表 9】、【附表 10】；製作假牙費用若超過本計畫各類補助態樣最高補助金額，得由民眾自行負擔或直轄市及縣(市)政府酌予補助。

## 二、直轄市及縣（市）市政府配合辦理事項：

類別	工作項目
(一) 規劃及辦理相關行政作業	<p>1、計畫申請期間及應備文件：自本計畫函頒日起 20 日內，檢附計畫申請表【附件 1】、執行計畫書【附件 2】、領據向本會提出申請及請款。</p> <p>2、執行計畫書內容：至少應包含評估轄內原住民族長者需求情形、辦理方式（包含服務對象申請程序、申請流程圖、補助類別、單價及數量、審核及監督機制、服務品質監督、調處機制、經費概算及預期效益。</p> <p>3、按季提供報表：於 7 月 31 日及 10 月 31 日及隔年 1 月 31 日前，依【附件 3】、【附件 4】格式，將 4 月至 6 月、4 月至 9 月及 4 月至 12 月執行情形相關統計表彙送本會彙辦。</p> <p>4、滿意度調查：應辦理滿意度調查【附件 5】，以瞭解服務對象接受補助裝置假牙後滿意情形。</p>
(二) 執行事項	<p>1、為審查服務對象及補助項目合理性，建立審核機制：</p> <p>(1) 審核權責分工：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤直轄市及縣（市）市政府-資格審查：服務對象資格、重複補助情形(如 109 年度內是否已申請其他機關之假牙計畫補助)；另服務對象第二類由直轄市及縣（市）市政府依所提送之相關文件，逕予審查，免送地方牙醫師公會辦理專業審查。</li> <li>➤地方牙醫師公會-專業審查：由地方牙醫師公會轉請指派具合格牙醫師證書者辦理補助項目審定、服務提供單位估價合理性及其他必要文件等。</li> </ul> <p>(2) 審核注意事項：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤直轄市及縣（市）市政府應支付牙醫師公會指派之專業牙醫師審核費用，另交通費請依實際情形檢據核銷。</li> <li>➤審核人員應本於專業及良知，公正執行職務，不為及不受任何請託或關說。</li> </ul> <p>2、「服務提供單位」提供口腔檢查及裝置或維修假牙服務：</p> <p>(1)「服務提供單位」：具有合格牙醫師證書、開業執照及執業執照，且為健保特約牙科醫院(診所)。</p>

類別	工作項目						
	<p>(2) 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；服務對象第二類不包含此項服務。</p> <p>(3) 服務對象第一類如遇傷病、死亡等因素，致無法繼續完成裝置活動假牙，戶籍地直轄市及縣（市）政府得按假牙製作階段支付服務提供單位核定補助經費之比率：</p> <table border="1" data-bbox="486 521 1316 891"> <thead> <tr> <th data-bbox="486 521 746 584">補助態樣</th> <th data-bbox="746 521 1316 584">按製作階段及核定補助經費比率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="486 584 746 768">活動假牙</td> <td data-bbox="746 584 1316 768">           牙齒骨架印模：30%            完成排牙：70%            已製作完成：80%         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="486 768 746 891">固定式假牙</td> <td data-bbox="746 768 1316 891">           牙齒取模：35%            已製作完成：80%         </td> </tr> </tbody> </table> <p>3、成立調處機制：</p> <p>(1) 成立調處小組：由直轄市及縣（市）政府與地方牙醫師公會成立爭議調處小組，處理爭議情事。</p> <p>(2) 調處內容：服務對象第一類與健保特約牙科醫院(診所)有關假牙製作或醫療等爭議事件時之案件處理。</p> <p>(3) 申請方式：遇有申請或裝置假牙爭議事件，服務對象第一類與健保特約牙科醫院(診所)雙方應檢具相關書面事證送戶籍地直轄市及縣（市）政府調處，必要時調處小組得請雙方出席說明。倘服務對象第一類與健保特約牙科醫院(診所)非位於戶籍地時，得由戶籍地之地方政府協調居住地之地方政府與牙醫師公會代為調處。</p>	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%
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%						

### 三、其他應注意事項：

- (一) 實際執行事項之受理申請方式、審核機制或流程及服務提供等事項，請依上開申請程序及流程圖之便民方式辦理。
- (二) 為鼓勵各牙科醫院(診所)能協助推動本計畫，直轄市及縣(市)政府得視牙科醫院(診所)送件實際情形，酌予編列郵資費。
- (三) 本會得定期或不定期針對受本會補助之直轄市政府及縣(市)

政府，以抽查方式考核實際執行情形。

(四) 直轄市及縣(市)政府應於各項宣導資料或宣導品上標示原住民族委員會補助及「公益彩券統一識別標誌」等字(圖)樣。

(五) 辦理審核檢查服務相關人員，有下列各款情形之一者，應自行迴避：

- 1、 本人或其配偶、前配偶、四親等內之血親或三親等內之姻親或曾有此關係者為事件之當事人時。
- 2、 本人或其配偶、前配偶，就該事件與當事人有共同權利人或共同義務人之關係者。
- 3、 現為或曾為該事件當事人之代理人、輔佐人者。
- 4、 於該事件，曾為證人、鑑定人者。
- 5、 服務對象有填報不實、隱匿事實、溢領補助或違反相關法令情事者，其所領取之補助，由直轄市及縣(市)政府以書面命本人或其法定繼承人於三十日內返還；屆期未返還者，依法移送強制執行，涉及刑責者移送司法機關辦理。

#### 陸、經費請款及核銷：

一、經費請款：本計畫經費採代收代付原始憑證留存受補助機關方式辦理，並分2期付款，分期付款條件如下：

(一) 第1期：由直轄市及縣(市)市政府檢據申請表、執行計畫書及領據送本會，經審核通過後撥付核定金額40%。

(二) 第2期：前期撥付金額實際執行金額已達80%後，應檢具第一期經費執行明細表【附件6】送本會，經審核通過後撥付核定金額60%。

二、經費核銷：請於109年12月10日前連同「經費支出結報明細表」及「賸餘款」，函送本會辦理經費結報事宜。

三、本計畫補助款應專款專用支付於製作或維修假牙費用及業務費，不得移作他用，並按核定計畫內容切實執行，不得任意調整，惟業務費可勻支作為製作或維修假牙費用，但製作或維修假牙費用不可勻支作為業務費。

## 柒、預期效益

### 一、量化效益：

補助 55 歲以上原住民族長者裝置假牙，受益人次約 2,000 人。

### 二、質化效益：

促進原住民族長者口腔衛生保健，恢復牙齒咀嚼功能，減少醫療費支出，提升長者生心理健康，強化社會參與，提升生活品質。

捌、經費來源：由本會 109 年度公益彩券回饋金項下支應。

玖、本計畫奉核後實施，如有未盡事宜得隨時修正之。

## 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

<b>申請人基本資料</b> 【第一類】	姓名	性別	出生日期	年	月	日
	電話	身分證字號			族別	
	戶籍地址					
	居住地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 另列如右：				
	手機					

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 109 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。

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

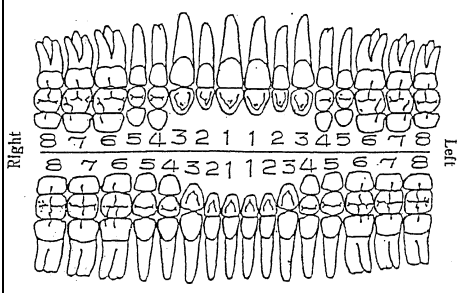


附表 2

原住民族委員會補助原住民族長者裝置假牙診治計畫書(一)

醫療院所代碼：\_\_\_\_\_ 醫療院所名稱：\_\_\_\_\_

醫療院所地址：\_\_\_\_\_

填表日期： 年 月 日		就 診 者		基 本 資 料	
姓 名	出生日期： 年 月 日		緊急	姓名	
	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		聯絡人	電話	
身分證字號：				手機	
地址					
<b>診 治 計 畫 內 容</b>					
評估項目	<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				
診治項目	補助態樣				單價
	<input type="checkbox"/> 上、下顎全口活動假牙				
	<input type="checkbox"/> 上顎全口活動假牙				
	<input type="checkbox"/> 下顎全口活動假牙				
	<input type="checkbox"/> 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙				
	<input type="checkbox"/> 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙				
	<input type="checkbox"/> 上、下顎部分活動假牙				
	<input type="checkbox"/> 上顎部分活動假牙				
	<input type="checkbox"/> 下顎部分活動假牙				
	<input type="checkbox"/> 固定式假牙(指牙冠或牙橋)_____顆(至多 10 顆)				
活動假牙維修費	<input type="checkbox"/> 假牙破裂維修費/單顎				
	<input type="checkbox"/> 假牙添加費/單顆				
	<input type="checkbox"/> 假牙線勾/個				
	<input type="checkbox"/> 假牙硬式襯底/座				
<b>合計預估經費</b>					
預計診治步驟詳細說明				繪圖(缺牙處請打X)	
					
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	(審核之牙醫師簽名)	(公會章)
	<input type="checkbox"/> 退件(原因: _____)		
直轄市及縣 (市)政府 審核	<input type="checkbox"/> 通過。	直轄市及縣 (市)政府 審核章	
	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		

**注意事項：**

- 一、受理申請案時，應檢具本診治計畫書(一)及申請書以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)及民眾就診，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；本計畫服務對象第二類不包含此項服務。
- 四、執行本計畫假牙裝置所涉爭議情事，請服務對象第一類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、服務對象第一類如遇傷病、死亡等因素，致無法繼續完成裝置活動假牙，戶籍地直轄市及縣(市)政府得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，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。

原住民族委員會補助原住民族長者裝置假牙診治計畫書(二)

醫療院所代碼：\_\_\_\_\_ 醫療院所名稱：\_\_\_\_\_

醫療院所地址：\_\_\_\_\_

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 1 張
- 3、口外照片全臉 1 張

(可採數位照片或列印，全彩清楚明確可辨認)

裝置假牙後(術後)照片粘貼欄-

- 1、取模後上、下顎石膏正面照片各 1 張
- 2、蠟體及排牙完成後，需上咬合器，正面正常咬合照片 1 張
- 3、活動假牙照片：上、下顎正面照片各 1 張
- 4、口外照片：全臉正常咬合正面照片 1 張

(可採數位照片或列印，全彩清楚明確可辨認)

受理醫師核章

		<b>完成後 就診者簽章</b>	(簽名或蓋章或捺指印)
醫療院所實際完成日	年 月 日		
醫療院所 申請補助金額	新台幣 元	直轄市及縣 (市)政府核定 文 號	核復公文 年 月 日○○○字第 號函

## 領 據

茲收到 ○○縣(市)政府 撥付本院所為原住民族長者  
者 (身分證字號： ) 製作假牙費用，  
補助態樣如下：

- 上、下顎全口活動假牙
- 上顎全口活動假牙
- 下顎全口活動假牙
- 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙
- 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙
- 上、下顎部分活動假牙
- 上顎部分活動假牙
- 下顎部分活動假牙
- 固定式假牙\_\_\_\_\_顆(指牙冠或牙橋)
- 假牙維修費：
  - 假牙破裂維修費/單顎      假牙添加費/單顆
  - 假牙線(環)勾/個      假牙硬式襯底/座

裝置費用及維修費用，計新臺幣 萬 仟 佰 拾 元 整，  
實屬無訛。

此致

○○縣(市)政府

院所名稱： (簽章)

負責人： (簽章)

院所統一編號：

地址：

電話：

匯款銀行：

匯款帳戶：

匯款帳號：

中 華 民 國                      年                      月                      日

附表 4-2

原住民族委員會補助原住民族長者裝置假牙印領清冊

編號	申請者姓名	出生日期	身分證 字號	電話	地址	補助態樣	核定經費	核定文號
合計							新臺幣	元

院所名稱： (簽章)

負責人： (簽章)

院所統一編號：

地址：

電話：

匯款銀行：

匯款帳戶：

匯款帳號：

## 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

<b>申請人基本資料</b> 【第二類】	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：				
<b>應備文件</b>	<input type="checkbox"/> 領據 <input type="checkbox"/> 牙科醫院(診所)開立之診斷證明 <input type="checkbox"/> 病歷表					
<p>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 109 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。</p> <p>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。</p> <p>(如為代理申請，代理人應將表內事項詳細告知申請人)</p> <p>此致    ○○縣(市)政府</p> <p style="text-align: right;">申請人(代理人)簽章：_____</p> <p style="text-align: right;">申請日期：        年        月        日</p>						

## 領款收據

茲收到 ○○ 縣(市)政府撥付補助原住民族長者裝置假牙費用，補助態樣如下：

- 上、下顎全口活動假牙
- 上顎全口活動假牙
- 下顎全口活動假牙
- 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙
- 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙
- 上、下顎部分活動假牙
- 上顎部分活動假牙
- 下顎部分活動假牙
- 固定式假牙\_\_\_\_\_顆(指牙冠或牙橋)
- 假牙維修費：
  - 假牙破裂維修費/單顎      假牙添加費/單顆
  - 假牙線(環)勾/個            假牙硬式襯底/座

裝置費用及維修費用，計新臺幣 萬 仟 佰 拾 元 整，實屬無訛。

此致

○○縣(市)政府

具領人(簽章)：

戶籍地址：

身分證字號：

匯款銀行：

匯款帳戶：

匯款帳號：

中 華 民 國 年 月 日

### 原住民族長者裝置假牙申請流程

權責單位	作業流程	作業期限
牙科醫院(診所)	<p>服務對象第一類請攜帶健保卡前往全民健康保險特約牙科醫院(診所)申請</p>	
牙科醫院(診所)	<p>牙科醫院(診所)檢具以下資料送申請者戶籍地之直轄市及縣(市)政府審查：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 申請書</li> <li>2. 診治計畫書(一)</li> </ol>	收件後 7 日內送地方 政府
地方 政府 牙醫師公會	<p><b>審查作業</b> 直轄市及縣(市)政府 辦理資格審查； 地方牙醫師公會 辦理專業審查</p> <p>不符合 → 發文退件</p> <p>須補正 → 通知補正</p> <p>符合 ↓</p>	受理牙科診所送審案件之審核結果，不得超過 14 日
地方 政府	<p>由直轄市及縣(市)政府函知申請者及牙科醫院(診所)開始裝置或維修假牙</p>	完成裝置或維修假牙次日起 14 日內
牙科醫院(診所)	<p>完成後，牙科醫院(診所)檢具以下事項向直轄市及縣(市)政府請款：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 領款收據或印領清冊</li> <li>2. 診治計畫書(二)</li> </ol>	10 日
地方 政府	<p>直轄市及縣(市)政府撥款予牙科醫院(診所)。</p>	



附表 8

### 原住民族長者裝置假牙申請流程

權責單位	作業流程	作業期限
<p>地方政府</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>服務對象第二類請於完成裝置假牙後，檢具以下資料送戶籍地直轄市及縣(市)政府：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 申請書</li> <li>2. 領據</li> <li>3. 牙科醫院(診所)開立之診斷證明</li> <li>4. 病歷表</li> </ol> </div>	<p>受理民眾至核期得曆 申請案審之不日 通知結果，超過 14天</p>
<p>地方政府</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>直轄市及縣(市)政府撥款予申請者。</p> </div>	<p>10日</p>

附表 9

## 補助基準一

補助項目	補助態樣	每年最高補助金額
1	上、下顎全口活動假牙	3 萬元
2	上顎全口活動假牙	1 萬 5,000 元
3	下顎全口活動假牙	1 萬 5,000 元
4	上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙	2 萬 5,000 元
5	下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙	2 萬 5,000 元
6	上、下顎部分活動假牙	2 萬元
7	上顎部分活動假牙	1 萬元
8	下顎部分活動假牙	1 萬元
9	固定式假牙(指牙冠或牙橋，至多 10 顆)	3,000 元/顆， 最高補助 3 萬元
10	活動假牙維修費(如附表 10-補助基準二)	3,000 元
<p><b>備註：</b>  每名服務對象每年最高補助金額為 3 萬元。舉例：核定補助上顎全口假牙計 1 萬 5,000 元，固定式假牙至多僅能補助 5 顆計 1 萬 5,000 元。</p>		

附表 10

## 補助基準二

補助項目	補助態樣	補助金額	每年最高補助 金額/新臺幣
1	假牙破裂維修費/單顆	500 元	3,000 元
2	假牙添加費/單顆	500 元	
3	假牙線勾/個	500 元	
4	假牙硬式襯底/座	1,500 元	

**原住民族委員會補助直轄市及縣(市)政府  
109 年度辦理原住民族長者裝置假牙實施計畫申請表**

(單位：新臺幣元)

<b>申請單位</b>	○○○縣(市)政府	<b>申請日期</b>	○年○月○日
<b>計畫名稱</b>	○○○縣(市)政府 109 年度辦理原住民族長者裝置假牙實施計畫		
<b>聯絡方式</b>	承辦人：○○○科員	電話：(02)1234-5678	信箱：
<b>計畫內容概要</b>	<p><b>【簡要敘明執行計畫目的、計畫內容】</b></p> <p>一、計畫目的：</p> <p>二、計畫內容：</p>		
<b>預期效益</b>	<p><b>【簡要敘明計畫預期達成效益】</b></p> <p>一、質化效益：(與目標相互對應，如增進原住民族長者口腔功能健康)</p> <p>二、量化效益：(受益人次計○…)</p>		
<b>經費概況</b>	申請原民會補助款：新臺幣○○萬○○元		
<b>應附文件</b>	<input type="checkbox"/> 本申請表 <input type="checkbox"/> 執行計畫書		

原住民族委員會補助直轄市及縣(市)政府 109 年度辦理原住民族長者  
裝置假牙實施計畫參考格式

➤ **【計畫封面】**

**原住民族委員會補助直轄市及縣(市)政府 109 年  
度辦理原住民族長者裝置假牙實施計畫**

計畫名稱：○○○縣(市)政府 109 年度辦理原住民族長者裝  
置假牙實施計畫

申請單位：○○○縣(市)政府

執行期間：○○年○月○日至 109 年 12 月 31 日

中 華 民 國 ○ ○ 年 ○ 月 ○ 日

➤ **【計畫內容】**

壹、計畫依據

貳、計畫目的

參、辦理單位

肆、實施地區

伍、原住民族長者需求情形

陸、辦理方式（包含申請程序、申請流程圖、補助類別、單價及數  
量、審核及監督機制）

柒、服務品質監督及調處機制

捌、經費概算

玖、預期效益

一、量化效益

二、質化效益

○○直轄市、縣(市)政府辦理原住民族長者補助裝置假牙計畫  
 成果表

統計時間：自 年 月 日至 年 月 日

一、補助裝置假牙人次：

1. 按年齡分：

55-64 歲男性 \_\_\_人、女性\_\_\_人，補助金額\_\_\_\_\_元

65 歲以上男性 \_\_\_人、女性\_\_\_人，補助金額\_\_\_\_\_元

2. 按族別分：

太魯閣族\_\_\_人、卡那卡那富族\_\_\_人、布農族\_\_\_人、卑南族人、拉阿魯哇族\_\_\_人、阿美族\_\_\_人、泰雅族\_\_\_人、排灣族人、達悟族\_\_\_人、鄒族\_\_\_人、撒奇萊雅族\_\_\_人、魯凱族\_\_\_人、賽夏族\_\_\_人、賽德克族\_\_\_人、噶瑪蘭族\_\_\_人、其他\_\_\_人。

3. 按地區分：

都市地區\_\_\_人、原住民族地區\_\_\_人(平地鄉\_\_\_人、山地鄉\_\_\_人)

序號	補助態樣	年齡層	補助人數		補助金額(元)
			男	女	
1	上、下顎全口活動假牙	55-64 歲			
		65 歲以上			
2	上顎全口活動假牙	55-64 歲			
		65 歲以上			
3	下顎全口活動假牙	55-64 歲			
		65 歲以上			
4	上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙	55-64 歲			
		65 歲以上			
5	下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙	55-64 歲			
		65 歲以上			
6	上、下顎部分活動假牙	55-64 歲			
		65 歲以上			
7	上顎部分活動假牙	55-64 歲			
		65 歲以上			
8	下顎部分活動假牙	55-64 歲			
		65 歲以上			
9	固定式假牙	55-64 歲			
		65 歲以上			
小計		55-64 歲			
		65 歲以上			
總計					

二、補助假牙維修人次：

1. 按年齡分：

55-64 歲男性 \_\_\_人、女性\_\_\_人，補助金額\_\_\_\_\_元

65 歲以上男性 \_\_\_人、女性\_\_\_人，補助金額\_\_\_\_\_元

2. 按族別分：

太魯閣族\_\_\_人、卡那卡那富族\_\_\_人、布農族\_\_\_人、卑南族人、拉阿魯哇族\_\_\_人、阿美族\_\_\_人、泰雅族\_\_\_人、排灣族人、達悟族\_\_\_人、鄒族\_\_\_人、撒奇萊雅族\_\_\_人、魯凱族\_\_\_人、賽夏族\_\_\_人、賽德克族\_\_\_人、噶瑪蘭族\_\_\_人、其他\_\_\_人。

3. 按地區分：

都市地區\_\_\_人

原住民族地區\_\_\_人(平地鄉\_\_\_人、山地鄉\_\_\_人)

序號	維修項目	年齡層	補助人次		補助金額(元)
			男	女	
1	假牙破裂維修費/單顎	55-64 歲			
		65 歲以上			
2	假牙添加費/單顎	55-64 歲			
		65 歲以上			
3	線勾/個	55-64 歲			
		65 歲以上			
4	硬式襯底/座	55-64 歲			
		65 歲以上			
小計		55-64 歲			
		65 歲以上			
總計					

三、特約裝置假牙牙科醫院(診所)：

1. 醫學中心\_\_\_\_\_家

2. 區域醫院\_\_\_\_\_家

3. 地區醫院\_\_\_\_\_家

4. 特約診所\_\_\_\_\_家

承辦人：

業務主管：

附件 4

原住民族委員會補助直轄市及縣(市)政府 109 年度辦理原住民族長者  
裝置假牙實施計畫經費支出明細表

統計時間：自 年 月 日至 年 月 日

編號	經費支出日期			姓名	性別	補助態樣	金額				
	年	月	日				萬	仟	佰	拾	元
01	109	5	1	○○○		上顎全口活動假牙	1	5	0	0	0
02	109	6	6	○○○		下顎全口活動假牙	1	5	0	0	0
						固定式假牙/2 顆		6	0	0	0
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											
本頁支出合計：				2	人	36,000	元				
總合計：				2	人	36,000	元				
填表說明：補助項目超過 1 項時，請自行增列欄位。											

承辦人：

業務主管：

經辦主計：

機關首長：



原住民族委員會補助○○縣政府  
109 年度辦理原住民族長者裝置假牙實施計畫  
滿意度問卷調查表

親愛的長輩您好：感謝您撥冗填寫這份問卷，這份問卷主要是想了解您對於補助裝置假牙措施的滿意情形，請您依照自己的實際情形回答，並在最適當的答案□裡打✓。您的寶貴意見，對於政府施政會有很大的幫助。本項調查並不會洩露您個人資料，請放心填答，在此感謝您的協助。

○○縣政府○○局敬上 聯絡電話：○○○○

一、基本資料：

(一) 年齡層：55-64 歲 65 歲以上

(二) 性別：男性 女性

(三) 族別：\_\_\_\_\_族

(四) 戶籍地：\_\_\_\_\_縣、市\_\_\_\_\_鄉、鎮、市、區

二、請問您從何處知道本項補助計畫（可複選）：

電視 報紙 網路 縣市政府 醫療院所 鄰里長

親朋好友 其他\_\_\_\_\_

三、請問您申請假牙補助的時間是\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

核定施作假牙時間為\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日（請填寫地方政府函文日期）

完成裝置假牙的日期是\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

四、請問您的裝置假牙還在使用中嗎？

有

沒有

五、目前您裝置的假牙還舒適嗎？

非常舒適

舒適

沒意見

不舒適

非常不舒適

六、您覺得補助裝置假牙對您的飲食有沒有幫助？

- 非常有幫助
- 有幫助
- 沒意見
- 沒有幫助
- 非常沒有幫助

七、您覺得這次申請假牙補助的手續方不方便？

- 非常方便
- 方便
- 沒意見
- 不方便
- 非常不方便

八、請問您在假牙製作或維修的過程裡，自行負擔費用為何？

- 沒有
- 有，約收費\_\_\_\_\_元？

九、您對原住民族委員會開辦原住民族長者補助裝置假牙計畫滿不滿意？

- 非常滿意
- 滿意
- 沒意見
- 不滿意（請續答十）
- 非常不滿意（請續答十）

十、請問您不滿意的原因是？（可複選）

- 醫院(診所)太少
- 申請程序複雜
- 口腔檢查時間太久
- 核准通知時間太久
- 其他\_\_\_\_\_

十一、建議事項：

---

---

**原住民族委員會補助○○縣政府  
109 年度辦理原住民族長者裝置假牙實施計畫  
第一期經費執行明細表**

範例

申請單位：○縣(市)政府

執行期程：自 109 年 1 月 1 日起至 109 年 12 月 31 日

年度計畫核定金額：新臺幣 100 萬元整

(單位：新臺幣元)

原民會 年度核定金額			已撥數(元) 40% (D)	執行數(元) (E)	執行率 (F)=E/D	賸餘款 (G)=D-E
製作或維修 假牙費(A)	業務費(B)	合計 (C)=A+B				
950,000	50,000	1,000,000	400,000	350,000	87.5%	50,000

承辦人：

業務主管：

經辦主計：

機關首長：

