

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 111 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 高雄市政府原住民事務委員會

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(一)

醫療院所代碼： _____ 醫療院所名稱： _____

醫療院所地址： _____

診 治 計 畫 內 容		
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	
	<input type="checkbox"/> 上、下顎全口活動假牙 預估單價(補助金額) (上限 3 萬元)	
	<input type="checkbox"/> 上顎全口活動假牙 (上限 1 萬 5,000 元)	
	<input type="checkbox"/> 下顎全口活動假牙 (上限 1 萬 5,000 元)	
	<input type="checkbox"/> 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙 (上限 2 萬 5,000 元)	
	<input type="checkbox"/> 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙 (上限 2 萬 5,000 元)	
	<input type="checkbox"/> 上、下顎部分活動假牙 (上限 2 萬元)	
	<input type="checkbox"/> 上顎部分活動假牙 (上限 1 萬元)	
	<input type="checkbox"/> 下顎部分活動假牙 (上限 1 萬元)	
	<input type="checkbox"/> 固定式假牙(指牙冠或牙橋) _____ 顆(至多 10 顆) (1 顆 3,000 元)	
	活動假牙維修費	<input type="checkbox"/> 假牙破裂維修費/單顆 (上限 500 元)
		<input type="checkbox"/> 假牙添加費/單顆 (上限 500 元)
		<input type="checkbox"/> 假牙線勾/個 (上限 500 元)
		<input type="checkbox"/> 假牙硬式襯底/座 (上限 1,500 元)
合計預估經費(補助總金額)		
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(一)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。

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：_____

裝置假牙後(術後)照片粘貼欄-

- 1、活動假牙照片：上、下顎正面照片各 1 張
- 2、口外照片：正常咬合正面照片 1 張
- 3、取模後上、下顎石膏正面照片 1 張

(可採數位照片或列印，清楚明確可辨認)

受理醫師核章		完成後 就診者簽章	(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

茲收到高雄市政府原住民事務委員會撥付本院所為原住民族長
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

高雄市政府原住民事務委員會

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 111 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：

附表 5

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>服務對象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>	<p>紙本作業 線上作業</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： 1. 申請書 2. 診治計畫書(一)</p>	<p>7 3 天內送件</p>
<p>牙醫師公會 地方政府</p>	<p>審查作業 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>	<p>審查作業不得超過 21 10 個工作日</p>
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>	
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： 1. 領款收據或印領清冊 2. 診治計畫書(二)</p>	<p>完成裝置或維修假牙次日 起14日內</p>
地方政府	<p>直轄市及縣(市)政府撥款予牙科醫院(診所)。</p>	<p>20 15 日</p>

附表 6

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

備註：

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。

附表 7

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高雄市政府原住民事務委員會 111 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。

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、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

五、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

六、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

七、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

八、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

九、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

十、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

十一、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？

十二、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）

十三、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

十四、建議事項：