

原住民族委員會補助原住民族長者裝置假牙申請表

臺中市政府原住民族事務委員會收件日期： 年 月 日

| | | | | | | |
|-------------------------|------|--|------|----|----|---|
| 申請人基本資料 【第一類】 | 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： | | | | |

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 臺中市政府原住民族事務委員會

申請人(代理人)簽章：_____

申請日期： 年 月 日

切結書

(55 歲以上原住民族長者裝置假牙計畫用)

具切結書人_____ (簽章) 為申請「111 年原住民族委員會辦理原住民族長者裝置假牙實施計畫」，同意經_____ 醫療院所施做裝置假牙，依計畫規定，製作假牙費用若超過本計畫各類補助態樣最高上限補助金額者，得由民眾自行負擔，經醫療院所診治尚需自行負擔金額為新臺幣_____ 元整，具切結書人同意負擔此費用，特立此切結書為憑。

此致

臺中市政府原住民族事務委員會

具 結 人： (簽名蓋章)

身分證字號：

戶籍地址：

通訊地址：

連絡電話：

中 華 民 國 1 1 1 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th>補助態樣</th> <th>預估單價(補助金額)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/>上、下顎全口活動假牙(上限 3 萬元)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>上顎全口活動假牙(上限 1 萬 5,000 元)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>下顎全口活動假牙(上限 1 萬 5,000 元)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><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)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><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)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>診治項目</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>上、下顎部分活動假牙(上限 2 萬元)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>上顎部分活動假牙(上限 1 萬元)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>下顎部分活動假牙(上限 1 萬元)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>固定式假牙(指牙冠或牙橋)_____顆(至多 10 顆)。(1 顆 3,000 元)</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">活動假牙維修費</td> <td><input type="checkbox"/>假牙破裂維修費/單顆(上限 500 元)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>假牙添加費/單顆(上限 500 元)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>假牙線勾/個(上限 500 元)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>假牙硬式襯底/座(上限 1,500 元)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">合計預估經費(補助總金額)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <table border="1"> <thead> <tr> <th>預計診治步驟</th> <th>詳細說明</th> <th>繪圖(缺牙處請打X)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td><input type="checkbox"/>初次印模</td> <td rowspan="8"> </td> </tr> <tr> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/>製作個人牙托</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td><input type="checkbox"/>二次印模</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td><input type="checkbox"/>製作金屬鋼架</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td><input type="checkbox"/>試戴金屬鋼架及決定垂直高度</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td><input type="checkbox"/>材質 <input type="checkbox"/>彈性床 <input type="checkbox"/>樹脂床(需含金屬鋼架) <input type="checkbox"/>其他</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td><input type="checkbox"/>試戴排牙</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td><input type="checkbox"/>其他：(請自己敘明)</td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> </tbody> </table> | 補助態樣 | 預估單價(補助金額) | <input type="checkbox"/> 上、下顎全口活動假牙(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) | | 診治項目 | | <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) | | <table border="1"> <thead> <tr> <th>預計診治步驟</th> <th>詳細說明</th> <th>繪圖(缺牙處請打X)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td><input type="checkbox"/>初次印模</td> <td rowspan="8"> </td> </tr> <tr> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/>製作個人牙托</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td><input type="checkbox"/>二次印模</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td><input type="checkbox"/>製作金屬鋼架</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td><input type="checkbox"/>試戴金屬鋼架及決定垂直高度</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td><input type="checkbox"/>材質 <input type="checkbox"/>彈性床 <input type="checkbox"/>樹脂床(需含金屬鋼架) <input type="checkbox"/>其他</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td><input type="checkbox"/>試戴排牙</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td><input type="checkbox"/>其他：(請自己敘明)</td> </tr> </tbody> </table> | | 預計診治步驟 | 詳細說明 | 繪圖(缺牙處請打X) | 1 | <input type="checkbox"/> 初次印模 | | 2 | <input type="checkbox"/> 製作個人牙托 | 3 | <input type="checkbox"/> 二次印模 | 4 | <input type="checkbox"/> 製作金屬鋼架 | 5 | <input type="checkbox"/> 試戴金屬鋼架及決定垂直高度 | 6 | <input type="checkbox"/> 材質 <input type="checkbox"/> 彈性床 <input type="checkbox"/> 樹脂床(需含金屬鋼架) <input type="checkbox"/> 其他 | 7 | <input type="checkbox"/> 試戴排牙 | 8 | <input type="checkbox"/> 其他：(請自己敘明) |
| 補助態樣 | 預估單價(補助金額) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 上、下顎全口活動假牙(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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診治項目 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>預計診治步驟</th> <th>詳細說明</th> <th>繪圖(缺牙處請打X)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td><input type="checkbox"/>初次印模</td> <td rowspan="8"> </td> </tr> <tr> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/>製作個人牙托</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td><input type="checkbox"/>二次印模</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td><input type="checkbox"/>製作金屬鋼架</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td><input type="checkbox"/>試戴金屬鋼架及決定垂直高度</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td><input type="checkbox"/>材質 <input type="checkbox"/>彈性床 <input type="checkbox"/>樹脂床(需含金屬鋼架) <input type="checkbox"/>其他</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td><input type="checkbox"/>試戴排牙</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td><input type="checkbox"/>其他：(請自己敘明)</td> </tr> </tbody> </table> | | 預計診治步驟 | 詳細說明 | 繪圖(缺牙處請打X) | 1 | <input type="checkbox"/> 初次印模 | | 2 | <input type="checkbox"/> 製作個人牙托 | 3 | <input type="checkbox"/> 二次印模 | 4 | <input type="checkbox"/> 製作金屬鋼架 | 5 | <input type="checkbox"/> 試戴金屬鋼架及決定垂直高度 | 6 | <input type="checkbox"/> 材質 <input type="checkbox"/> 彈性床 <input type="checkbox"/> 樹脂床(需含金屬鋼架) <input type="checkbox"/> 其他 | 7 | <input type="checkbox"/> 試戴排牙 | 8 | <input type="checkbox"/> 其他：(請自己敘明) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 預計診治步驟 | 詳細說明 | 繪圖(缺牙處請打X) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | <input type="checkbox"/> 初次印模 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | <input type="checkbox"/> 製作個人牙托 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | <input type="checkbox"/> 二次印模 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | <input type="checkbox"/> 製作金屬鋼架 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | <input type="checkbox"/> 試戴金屬鋼架及決定垂直高度 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | <input type="checkbox"/> 材質 <input type="checkbox"/> 彈性床 <input type="checkbox"/> 樹脂床(需含金屬鋼架) <input type="checkbox"/> 其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | <input type="checkbox"/> 試戴排牙 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | <input type="checkbox"/> 其他：(請自己敘明) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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) | |
| 臺中市政府 原住民族 事務委員會 審核 | <input type="checkbox"/> 通過。 核復公文 _____ 年 _____ 月 _____ 日中市原文字第 _____ 號函 <input type="checkbox"/> 退件(原因: _____) | 臺中市政府原住民族事務委員會 核 章 | | | |
| | 核復公文 _____ 年 _____ 月 _____ 日中市原文字第 _____ 號函 | | | | |

注意事項：

- 一、受理申請案時，應檢具本診治計畫書(一)及申請書以線上系統、掛號郵寄或親送至臺中市政府原住民族事務委員會申請。
- 二、申請案審核通過後，由臺中市政府原住民族事務委員會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臺中市政府原住民族事務委員會調處。
- 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，臺中市政府原住民族事務委員會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。
- 七、有關假牙裝置費用，請依臺中市政府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。

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> | <p>紙本作業 線上作業</p> |
| 牙科醫院(診所) | <p>牙科醫院(診所)檢具以下資料送臺中市政府原住民族事務委員會審查： 1. 申請書 2. 診治計畫書(一)</p> | 7 天內送件 |
| <p>地方政府 牙醫師公會</p> | <p>審查作業 臺中市政府原住民族事務委員會辦理資格審查；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>由臺中市政府原住民族事務委員會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)檢具以下事項向臺中市政府原住民族事務委員會請款： 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>臺中市政府原住民族事務委員會撥款予牙科醫院(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 | |