

附件 1

未滿 12 歲(中)低收入戶身心障礙者
口腔醫療照護補助項目及最高補助金額一覽表

項目	補助項目	最高補助金額/新臺幣
1	防蛀封劑（每齒）	550 元
2	不銹鋼牙冠（每齒）	3,300 元
3	成型乳門牙透明牙套（每齒）	3,300 元
4	單側空間維持器	4,400 元
5	雙側空間維持器	6,600 元

備註：

1. 上述補助項目同一牙位每年補助以 1 次為限，且健保已補助項目不得重複申請。
2. 每案補助之實報實銷申請總金額不得超過新臺幣 2 萬 2,000 元，超過者以新臺幣 2 萬 2,000 元計。
3. 未滿 15 歲者可申請防蛀封劑補助，但 6-9 歲之第一大白齒為健保給付項目，不得申請防蛀封劑補助。
4. 已蛀牙或已申請健保給付填補之牙位，不得申請防蛀封劑項目。

附件 2

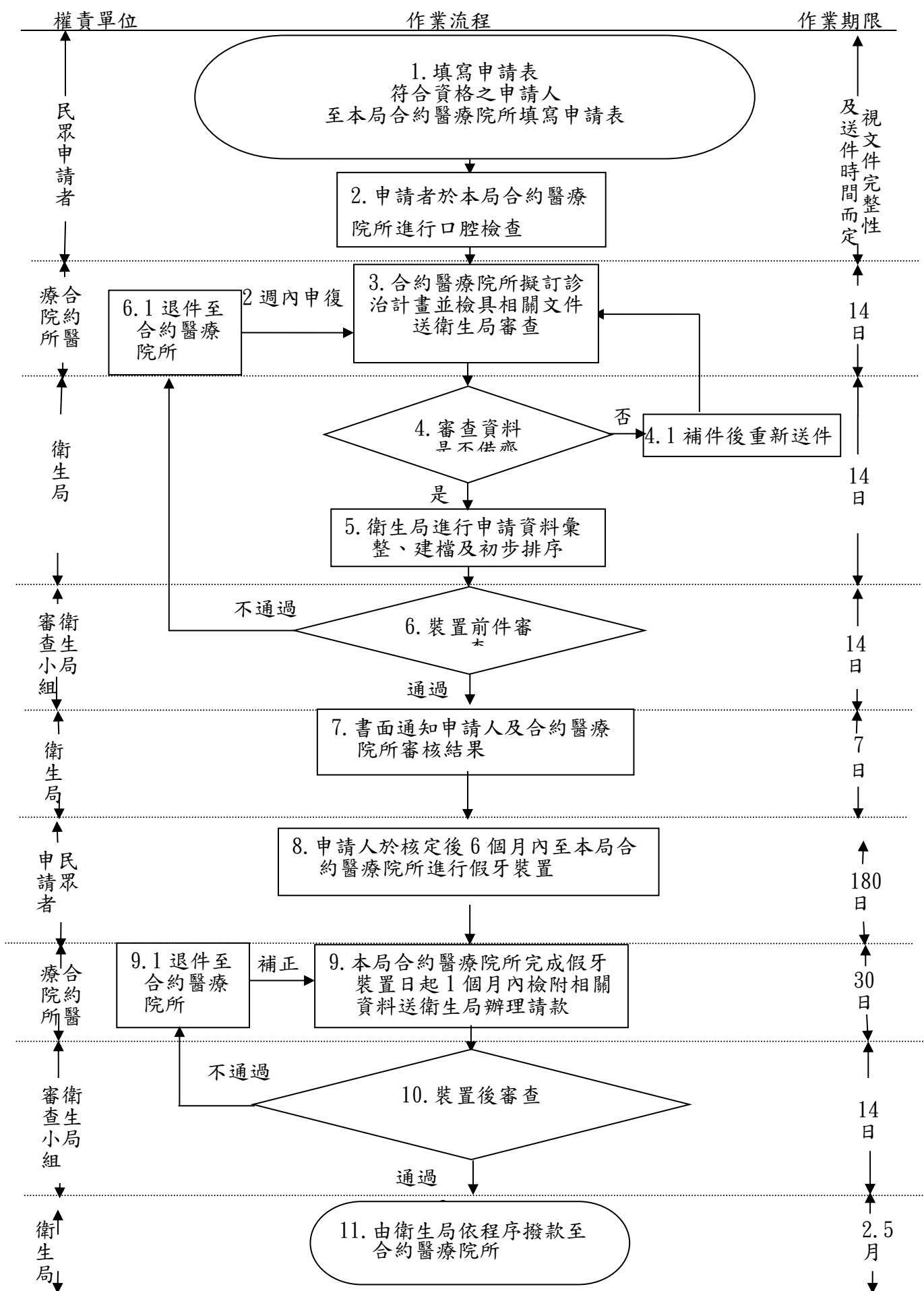
12 歲以上 64 歲以下(中)低收入戶身心障礙者
口腔醫療照護補助項目及最高補助金額一覽表

項目	補助項目		最高補助金額/新臺幣
1	固定 假牙	鑄心	1,700 元
		金屬鑄造冠	5,500 元
		金屬瓷冠	7,700 元
2	活 動 假 牙	單顎半口活動假牙	22,000 元
		上、下兩顎半口活動假牙(全口活動假牙)	44,000 元
		單顎部分活動假牙	17,000 元
		上、下兩顎部分活動假牙	33,000 元
		單顎半口活動假牙,併單顎部分活動假牙	39,000 元

備註：

1. 低收入戶之實報實銷申請總金額每年不得超過新臺幣 4 萬 4,000 元，超過者以新臺幣 4 萬 4,000 元計。
2. 中低收入戶之實報實銷申請總金額每年不得超過新臺幣 2 萬 2,000 元，超過者以新臺幣 2 萬 2,000 元計。
3. 固定假牙同一牙位，活動假牙同一顎已取得補助者，5 年內不得重複申請。
4. 半口活動假牙指單顎剩餘牙齒數 3 顆以內。部分活動假牙指單顎游離端至少缺牙連續 2 顆(含)以上或單顎缺牙 4 顆(含)以上。
5. 裝置部分活動假牙者若屬單側缺牙，假牙設計須跨越中線。

附件 3 桃園市政府衛生局標準作業流程圖
 桃園市 64 歲以下(中)低收入戶身心障礙者口腔醫療照護補助申請



桃園市政府衛生局

64 歲以下(中)低收入戶身心障礙者口腔醫療照護補助申請表

申請人基本資料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年 月日	年 月 日			
	身分證 統一編號		手機		連絡 電話				
	戶籍地址	桃園市_____區_____里_____鄰 _____路(街)_____段_____巷_____弄_____號_____樓							
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> 另列如右：_____							
	身分別	<input type="checkbox"/> 設籍桃園市且設籍 1 年以上之未滿 65 歲列冊中低收入戶。 <input type="checkbox"/> 設籍桃園市且設籍 1 年以上之未滿 65 歲列冊低收入戶。							
	障礙類別		障礙等級	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度					
應備文件	<input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊正反面影本 <input type="checkbox"/> 戶口名簿影本或戶籍謄本影本 <input 4"="" type="checkbox/>(中)低收入戶證明影本</td> </tr> <tr> <td colspan="/> 國民身分證正面影本黏貼處 (未滿 14 歲未領身分證者， 請黏貼健保卡正面影本)						國民身分證反面影本黏貼處 (未滿 14 歲未領身分證者， 此欄位不需黏貼)		
身心障礙手冊正面影本黏貼處				身心障礙手冊背面影本黏貼處					

本人_____茲申請桃園市政府衛生局 64 歲以下(中)低收入戶身心障礙者口腔醫療照護補助，已充分了解並符合本計畫申請補助對象資格規定。

本人同意將補助款項直接撥付合約醫療院所，上述所填各項資料及所附文件均完全屬實；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。

本人同意將個資等資訊提供桃園市政府做公務用途使用，惟須採取安全妥適之保護措施與銷毀程序，非經本人同意或法律規定，不得揭露於第三者或散佈。

(如為代理申請，代理人應將表內事項詳細告知申請人)
(如申請人未滿 20 歲，應有家長或代理人簽章)

此致
桃園市政府衛生局

申請人(或代理人)簽章：_____

申請日期：_____年_____月_____日

代理人基本資料

姓名：_____

身分證統一編號：_____

電話：_____

手機：_____

與申請人關係：_____

通訊地址：_____

受理合約醫療院所：_____

衛生局審核(以下欄位由衛生局填列，勿寫) 查核日期：_____年_____月_____日

查核內容	查核結果(符合打✓)	查核人員	備註
1. 申請文件齊全			
2. 身分資格符合補助對象			

承辦人員：

覆核：

科長：

桃園市政府衛生局
 _____年度未滿 12 歲(中)低收入戶身心障礙者
 口腔醫療照護補助診治計畫書

總編號									
(審查小組填列)									

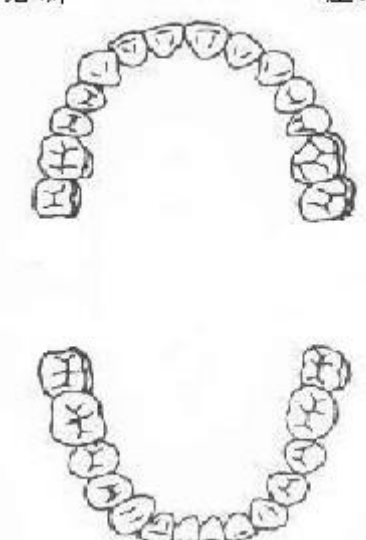
合約醫療院所名稱：_____ 負責醫師核章：_____

合約醫療院所地址：_____ 電話：_____

日期：_____年_____月_____日

就 診 者 基 本 資 料	
姓名	出生日期：_____ 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 身分證統一編號：_____
	身分別 <input type="checkbox"/> 列冊中低收入戶 <input type="checkbox"/> 列冊低收入戶

診 治 計 畫 內 容

診 治 項 目	防蛀封劑 不 銹 鋼 牙 冠 成 型 乳 門 牙 透 明 牙 套 空 間 維 持 器	部位：_____ *未滿 15 歲均得申請此項目，但 6-9 歲之第一大白齒不得申請 部位：_____ 部位：_____ <input type="checkbox"/> 單側空間維持器，部位：_____ <input type="checkbox"/> 雙側空間維持器，部位：_____	-----繪圖浮貼處----- 右側 左側  【請在牙齒部位圖上標示】
------------------	---	---	---

一、預計診治步驟詳細說明

二、申請補助金額：新臺幣 _____元整(最高申請補助 2 萬 2,000 元)

三、可補助金額：新臺幣 _____元整

裝置前審查小組之審查結果	<input type="checkbox"/> 通過、核准補助金額：_____元 <input type="checkbox"/> 退件，理由：_____	審查委員核章 _____	_____年 _____月 _____日
--------------	---	-------------------------	----------------------

*注意事項:內容若有修改處，請於該處加蓋醫師章。

*若申請人因故超過 6 個月始能進行裝置，請填寫異動申請單(附件 10)。

附件 6、治療前、後相片

申請人姓名：_____ 身分證統一編號：_____

一、治療前審查：(請浮貼、照片需載明拍照日期及申請人姓名)			
口內照片 1 張。(照片需能清楚呈現口腔情形)			
口外照片：全臉(額頭以下、頸部以上)正面照(張口露齒)1 張。			
二、治療後審查：(請浮貼、照片需載明拍照日期及申請人姓名)			
口內照片 1 張。(照片需能清楚呈現治療後情形)			
口外照片：全臉(額頭以下、頸部以上)正面照(張口露齒)1 張。			
<input type="checkbox"/> 已完成口腔清潔保養衛教			
實際完成日期： 受理醫師核章：	申請人(或代理人)簽名或蓋章 (裝置假牙完成後)		
裝置後 審查小組之 審查結果	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 退件，理由：	審查委員 核章	____年____月____日

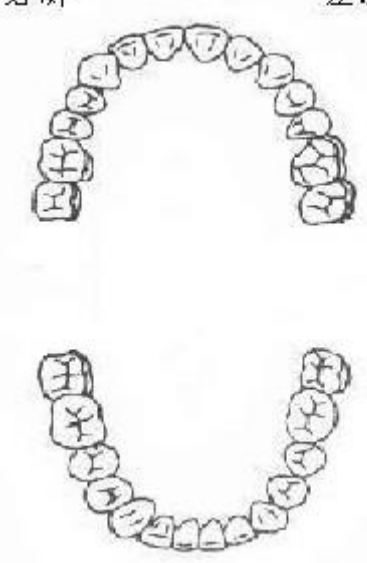
桃園市政府衛生局
 年度 12-64 歲(中)低收入戶身心障礙者
 口腔醫療照護補助診治計畫書

總編號									
(審查小組填列)									

合約醫療院所名稱：_____ 負責醫師核章：_____

合約醫療院所地址：_____ 電話：_____

日期：_____年_____月_____日

就 診 者 基 本 資 料				
姓名	出生日期：		身 分 別	
	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
	身分證統一編號：			
身分別 <input type="checkbox"/> 列冊中低收入戶 <input type="checkbox"/> 列冊低收入戶				
診 治 計 畫 內 容				
診 治 項 目	全 顎 缺 牙	<input type="checkbox"/> 上、下兩 顎	<input type="checkbox"/> 單顎 (<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下)	繪 圖 -----繪圖浮貼處----- 右側 左側  【請在牙齒部位圖上標示】
	活 動 假 牙	<input type="checkbox"/> 上顎橫跨中線_____顆 <input type="checkbox"/> 下顎橫跨中線_____顆 *游離端至少缺牙連續 2 顆(含)以上或單顎缺牙 4 顆(含)以上始符合補助條件		
	預 定 製 作 活 動 假 牙 模 式	上 顎 <input type="checkbox"/> 半口 <input type="checkbox"/> 部分 下 顎 <input type="checkbox"/> 半口 <input type="checkbox"/> 部分	<input type="checkbox"/> 全口	
	預 定 製 作 固 定 假 牙 部 位	<input type="checkbox"/> 鑄心，部位：_____ <input type="checkbox"/> 金屬鑄造冠，部位：_____ <input type="checkbox"/> 金屬瓷冠，部位：_____		
一、預計診治步驟詳細說明				
二、申請補助金額：新臺幣 _____ 元整 (中低收入戶最高申請補助 2 萬 2,000 元，低收入戶最高申請補助 4 萬 4,000 元)				
三、可補助金額：新臺幣 _____ 元整				
裝置前審查小組之審查結果	<input type="checkbox"/> 通過、核准補助金額： _____ 元		審 查 委 員 核 章 _____年 _____月 _____日	
	<input type="checkbox"/> 退件，理由： _____			

*注意事項：內容若有修改處，請於該處加蓋醫師章。

附件 8、裝置前、後相片

申請人姓名：_____ 身分證統一編號：_____

*若申請人因故超過 6 個月始能進行裝置，請填寫異動申請單(附件 10)。

一、裝置前審查：(請浮貼、照片需載明拍照日期及申請人姓名)			
口內照片：上顎咬合面照片 1 張、下顎咬合面照片 1 張。			
口外照片：全臉(額頭以下、頸部以上)正面照(張口露齒)1 張。			
二、裝置後審查：(請浮貼、照片需載明拍照日期及申請人姓名)			
活動假牙：排牙後上、下顎石膏正面照片各 1 張。 固定假牙：製作部位模型照片 1 張。			
活動假牙照片：上顎咬合面照片 1 張、下顎咬合面照片 1 張。 固定假牙照片：上顎咬合面照片 1 張、下顎咬合面照片 1 張，如有申請鑄心，需於假牙裝置前 拍攝鑄心照片或於術後附上 X 光片，且照片需能辨識鑄心。 (照片需能清楚呈現假牙裝置情形)			
口外照片：全臉(額頭以下、頸部以上)正常咬合正面照片 1 張(正常咬合可與排牙照比對)。			
<input type="checkbox"/> 已完成假牙清潔保養衛教			
實際完成日期： 受理醫師核章：		申請人(或代理人)簽名或蓋章 (裝置假牙完成後)	
裝置後 審查小組之 審查結果	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 退件，理由：	審查委員 核章	_____年____月____日

桃園市政府衛生局

64 歲以下(中)低收入戶身心障礙者口腔醫療照護補助異動申請單

申請人資料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證 字號	
	合約醫療 院所					
	補助 項目					
申請變更 事項說明		<input type="checkbox"/> 口腔狀況改變，但申請項目、補助金額不變。改變之說明：_____。 _____。 <input type="checkbox"/> 申請裝置展期。原因及說明：_____。 _____。 <input type="checkbox"/> 需改變申請項目及補助金額(請修正診治計畫書並重新審查)。 <input type="checkbox"/> 其他。說明：_____。 _____。				
合約醫療院所簽章：			申請人簽章：			
填單日期： 年 月 日			(若因個人因素展期需申請人簽章)			
備註：						
桃園市政府衛生局長期照護科		電話：(03)336-8556		傳真：(03)332-1338		
承辦人		覆核		單 位 主 管		
治療 前、後 審查小 組之 審查結 果	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 退件(理由：_____) 審核人員簽章：_____ 審核日期： 年 月 日			審 查 委 員 核 章	_____年____月____日	

64 歲以下(中)低收入戶身心障礙者口腔醫療照護補助撥款申請書

本醫療院所診治_____ (先生/女士)活動假牙一案，診治計畫書(如附)完成診治，檢送該診治費用新臺幣_____元整之領據 1 份暨治療前、後之口內對照相片，請惠予撥款至**下列帳戶**：

請貼醫療院所指定之金融機構存摺封面影本

醫療院所名稱：

(關防)

負責人：

(負責人印章)

中華民國 年 月 日

印花稅黏貼處

*注意事項:內容若有修改處，請於該處加蓋關防。

桃園市政府衛生局所得請款領據(報帳請款聯)				
(第一聯) _____年____月____日				
醫療院所名稱	(全銜)	(醫療院所關防蓋章處)		
負責診治醫師簽章				
費用別	桃園市政府衛生局「____年度 64 歲以下(中)低收入戶身心障礙者口腔醫療照護補助計畫」_____(裝置者姓名)活動假牙裝置費。			
所得金額	新臺幣 _____ 元整			
上列款項已向桃園市政府衛生局如數領訖				
醫療院所統一編號				
醫療院所地址		醫療院所電話		
匯款金融機構名稱				
帳 號	(匯費 30 元由受款人負擔)			
醫療院所 負責人簽章		醫療院所 會計簽章 <small>(若無該單位則免核章)</small>		醫療院所 出納簽章 <small>(若無該單位則免核章)</small>

桃園市政府衛生局所得請款領據(報稅存根聯)				
(第二聯) _____年____月____日				
醫療院所名稱	(全銜)	(醫療院所關防蓋章處)		
負責診治醫師簽章				
費用別	桃園市政府衛生局「____年度 64 歲以下(中)低收入戶身心障礙者口腔醫療照護補助計畫」_____(裝置者姓名)活動假牙裝置費。			
所得金額	新臺幣 _____ 元整			
上列款項已向桃園市政府衛生局如數領訖				
醫療院所統一編號				
醫療院所地址		醫療院所電話		
匯款金融機構名稱				
帳 號	(匯費 30 元由受款人負擔)			
醫療院所 負責人簽章		醫療院所 會計簽章 <small>(若無該單位則免核章)</small>		醫療院所 出納簽章 <small>(若無該單位則免核章)</small>

*注意事項:內容若有修改處,請於該處加蓋關防。

切結書

本人_____確實於_____年____月____日至
____年____月____日接受_____ (院所名稱)提供
之桃園市64歲以下(中)低收入戶身心障礙者口腔醫療
照護補助服務，申請補助金額共計新臺幣_____元
整。

補助項目：

- 防蛀封劑 不銹鋼牙冠 成型乳門牙透明牙套
單側空間維持器 雙側空間維持器
鑄心(固定假牙) 金屬鑄造冠(固定假牙)
金屬瓷冠(固定假牙)
活動假牙，樣態：_____

特此證明。

立據人：_____

身分證統一編號：_____

出生日期：_____

中華民國 年 月 日