

桃園市政府衛生局

113 年度「65 歲以上長者裝置活動假牙補助計畫」

112 年 11 月 28 日奉核

壹、前言

依據國家發展委員會於 2022 至 2070 年人口推估報告推估 111 年至 159 年，我國老年人口比率將由 111 年 17.5% 增加至 159 年的 43.6%，人口年齡中位數亦由 111 年的 43.9 歲增加至 159 年的 59.6 歲，顯見人口老化的問題會日趨嚴重。面對老化問題，世界衛生組織提出活躍老化的觀念，為使老化成為正面的經驗，長壽必須具備持續的健康、參與和安全的機會，並改善老年的生活品質，而口腔健康正是影響長者健康及生活品質的重要因素。

老年人常見口腔問題，包括口腔組織的老化、牙周病的惡化、牙根齲齒的增加、牙齒喪失、老年人特有的口腔黏膜疾病、系統性疾病造成口腔組織的變化、口腔癌及義齒適應等，其中又以牙齒的缺失(缺牙)對咀嚼影響最劇，亦會間接導致營養失衡及影響記憶，甚至失智。

按衛生福利部「104-105 年度成年與老年人口腔健康調查計畫」，發現在老年人口的無牙比率方面，65~74 歲的全口無牙率、下顎無牙率、上顎無牙率，分別為 4.4%、6.7%、7.8%；而 75 歲以上的全口無牙率、下顎無牙率、上顎無牙率，分別為 9.9%、12.5%、16.5%。又從缺牙率來看，65-74 歲全口無牙占 34.0%，而 75 歲以上占 49.6%，顯示 65 歲以上之長者多數無牙之情形，顯示有裝置活動假牙需求。

本市自 103 年 1 月起，針對一般戶民眾公費辦理長者活動假牙裝置補助計畫，截至 112 年 10 月 31 日，本市老年人口共計達 34 萬 4,886 人，以上述 65~74 歲及 75 歲以上年齡區間人口之全口無牙率、下顎無牙率、上顎無牙率計算，有裝置活動假牙支需求人口共有 8 萬 7,595 人，扣除目前已提出申請者約 5 萬 6,004 人，符合本補助計畫的族群推估仍約有 3 萬 1,591 人有裝置活動假牙需求。為使本市長者能保有健康的生活品質，爰賡續辦理活動假牙補助計畫，使本市長者透過口腔狀態改善，增進營養攝取與身體健康。

資料來源：國家發展委員（2022）2022 至 2070 年人口推估報告、衛

生福利部(2016)104-105 年度成年與老年人口腔健康調查
計畫

貳、目的

為保障本市長者口腔健康，減輕長者經濟負擔，補助裝置假牙費用，以維護生活品質與健康。

參、實施內容

一、補助對象需同時符合下列條件：

- (一) 本市 65 歲以上長者。
- (二) 須設籍本市 1 年以上，且裝置活動假牙期間仍設籍於本市。
- (三) 每人終身僅可申請補助一次活動假牙裝置及活動假牙維修。

二、補助標準(附件 1)：

項目	補助項目	補助金額	補助條件
1	部分活動假牙	1 萬 7,000 元	單顎缺牙 4 顆(含)以上，或游離端缺牙連續 2 顆(含)以上。
2	半口活動假牙	2 萬 2,000 元	單顎剩餘牙齒數 3 顆(含)以內。
3	上、下顎部分活動假牙	3 萬 3,000 元	雙顎皆符合部分活動假牙補助條件。
4	半口活動假牙併部分活動假牙	3 萬 9,000 元	單顎符合半口活動假牙補助條件，另一顎符合部分活動假牙補助條件。
5	全口活動假牙	4 萬 4,000 元	雙顎皆符合半口活動假牙補助條件。
6	活動假牙維修	2,000 元	本計畫活動假牙裝置完成 1 年以上。

三、合約醫療院所需同時具備以下資格：

- (一) 本市具有合格牙醫師證書、開業執照及執業執照之全民健康保險特約醫療院所。
- (二) 5 年內未違反醫療法第 108 條之規定。

四、實施期程：

- (一) 申請期限：自 113 年 1 月 1 日起至 113 年 12 月 31 日。
- (二) 核銷期限：自 113 年 1 月 1 日起至 113 年 12 月 31 日，如當年度經費用罄，將視預算編列情形改列入 114 年度申請案件審核。

五、作業流程(附件 2)：

- (一) 符合資格之申請人持健保卡、印章、身分證影本、戶口名簿影本或戶籍謄本影本，逕向合約醫療院所提出申請。
- (二) 合約醫療院所牙醫師評估申請人需求後，提出診治計畫及相關文件送本局審核。
- (三) 診治計畫經核定後，本局通知醫療院所及申請人進行活動假牙裝置或維修。
- (四) 醫療院所完成申請案件，將診治計畫完成資料及請款文件送本局審核。
- (五) 請款文件經核定後，本局撥款至醫療院所。

六、合約醫療院所辦理活動假牙補助案件說明：

(一) 申請階段

1. 申請人至合約醫療院所填寫申請表(附件 3)，經牙醫師評估活動假牙需求並填寫口腔檢查表(附件 4)、診治計畫書(附件 5)，**並請注意資料之書寫勿使用鉛筆**，由合約醫療院所併同裝置前口內照片(附件 6)提報本局。經本局行政審核通過後，本局以核定函將診治計畫檢還合約醫療院所，並同時通知申請人。
2. 申請活動假牙維修者，由牙醫師評估維修項目後填寫診治計畫書，併同裝置前口內照片提報本局。經本局行政審查確認符合資格後，再經審查小組進行專業審查，通過後本局以核定函檢還合約醫療院所，並發通知信告知申請人。
3. 本計畫製作活動假牙之基本材質如下：
 - (1) 基底座：
 - A. 一般樹脂需附加鈷鉻合金金屬架。
 - B. 彈性樹脂。
 - C. 單顎或雙顎無牙的情況，申請裝置半口或全口活動假牙並使用一般樹脂為基底座時，可依申請人口腔狀況決定是否加鈷鉻合

金金屬架。

(2) 牙齒：樹脂牙。

(3) 上述材質為基本規範，牙醫師得視申請人口腔狀況依專業判斷使用最妥適的材質，如使用上述以外材質而須由申請人自行補貼差額，應向申請人充分說明，並請申請人填寫自費同意書(附件 7)連同申請文件送本局審核。

(二) 裝置階段

1. 合約醫療院所應自收到核定函之日起 3 個月內，完成活動假牙裝置或維修，若未能於期限內進行裝置，應協助申請人填寫異動申請單辦理展期(附件 8)，展期之期限以 3 個月為限。
2. 若裝置過程中，如因口腔狀況發生變化致補助金額改變，合約醫療院所應協助申請人填寫異動申請單說明異動內容，並重新填寫診治計畫書、裝置前口內相片提報本局審查；若口腔狀況異動未涉及補助金額改變，亦應填寫異動申請單說明異動內容，以避免裝置前審查之設計圖與後續成品不符而無法請款。
3. 申請人如因個人因素欲終止申請或轉至本市其他合約醫療院所，原合約醫療院所應填寫協助異動申請單，並連同原申請文件提報本局審核。
4. 申請人自申請補助核定日起超過 1 年以上未完成假牙裝置者，本局得函文通知申請人繼續辦理假牙裝置(完成或展期)，如未於 1 個月內繼續辦理者，本局得予以結案，請申請人重新提出申請。

(三) 完成階段

1. 合約醫療院所於申請人完成裝置或維修活動假牙後 1 個月內，檢附下列文件向本局辦理核銷：診治計畫書、治療前、後之口內對照相片(維修前後之假牙對照照片)、撥款申請書(附件 9)、請款領據(附件 10)、醫療院所指定金融機構之存摺封面影本。如活動假牙製作階段未拍攝排牙石膏照片，得由切結書(附件 11)代替之。
2. 合約醫療院所提供服務應包含為申請人製作及裝戴活動假牙、裝戴後至少一年調整服務，以保障服務品質。
3. 申請人如遇傷病、死亡等因素，致無法完成裝置假牙者，按下列製

作階段，支付辦理製作假牙之醫療院所相當比率之費用：

(1) 牙齒骨架印模：最高補助 35%。

(2) 完成排牙：最高補助 70%。

(3) 活動假牙已製作完成：最高補助 80%。

4. 申請人因傷病致無法完成裝置假牙，且經本局審核通過並支付前項補助費用者，後續如有繼續完成裝置活動假牙需求，得提出相關證明文件提報本局審議，補助金額以不超過本計畫補助標準為限。

七、申請人申請活動假牙補助說明：

申請人如以詐欺、虛偽之證明、報告及其他不正當行為而申請本補助之情事，本局得廢止全部或一部之補助，涉及刑責者移送司法機關辦理。

八、本局為推動本計畫，辦理事項如下：

(一) 成立審查小組：小組成員及申請案件相關審查計畫由本局訂定(附件 12)。

(二) 成立審議小組：依桃園市政府衛生局受理民眾裝置活動假牙及身心障礙者口腔醫療照護補助審議小組設置要點辦理(附件 13)。

(三) 行銷宣導：

1. 多元行銷管道：利用海報、宣傳單、跑馬燈、發布新聞稿、電子報、網頁專區等。

2. 民眾服務諮詢專線：設置民眾服務諮詢專線電話，設專責人員回覆民眾老人假牙補助疑義並提供服務。

3. 結合本府各機關、13 區公所、衛生所、牙醫師公會及合約醫療院所進行宣導。

4. 配合本府重大施政計畫辦理之各項活動進行宣導。

(四) 視實務需求辦理口腔衛生及假牙裝置照顧之教育訓練，提高衛生局、所人員專業知識，以提供民眾相關諮詢服務。

(五) 成效評估

針對申請人以電訪方式進行裝置後滿意度調查，以瞭解申請人裝置活動假牙後之狀況、合約醫療院所之服務品質及民眾對於補助計畫之整體滿意度。

九、有意願加入本計畫之醫療院所，請依下列事項配合辦理：

(一) 備妥「桃園市政府衛生局委託辦理 65 歲以上長者裝置活動假牙補

助計畫服務契約書」1式2份(附件14)，及執行裝置假牙醫師清冊及配合裝置假牙之牙體技術人員清冊各1份，經完成特約程序後始得辦理本計畫補助事宜。

(二) 配合主管機關訪查：

本局針對合約醫療院所得規劃訪查機制，合約醫療院所應配合辦理，以利本局瞭解服務執行情形。

附件 1

桃園市政府衛生局 65 歲以上長者
裝置活動假牙補助態樣、類別及最高補助金額一覽表

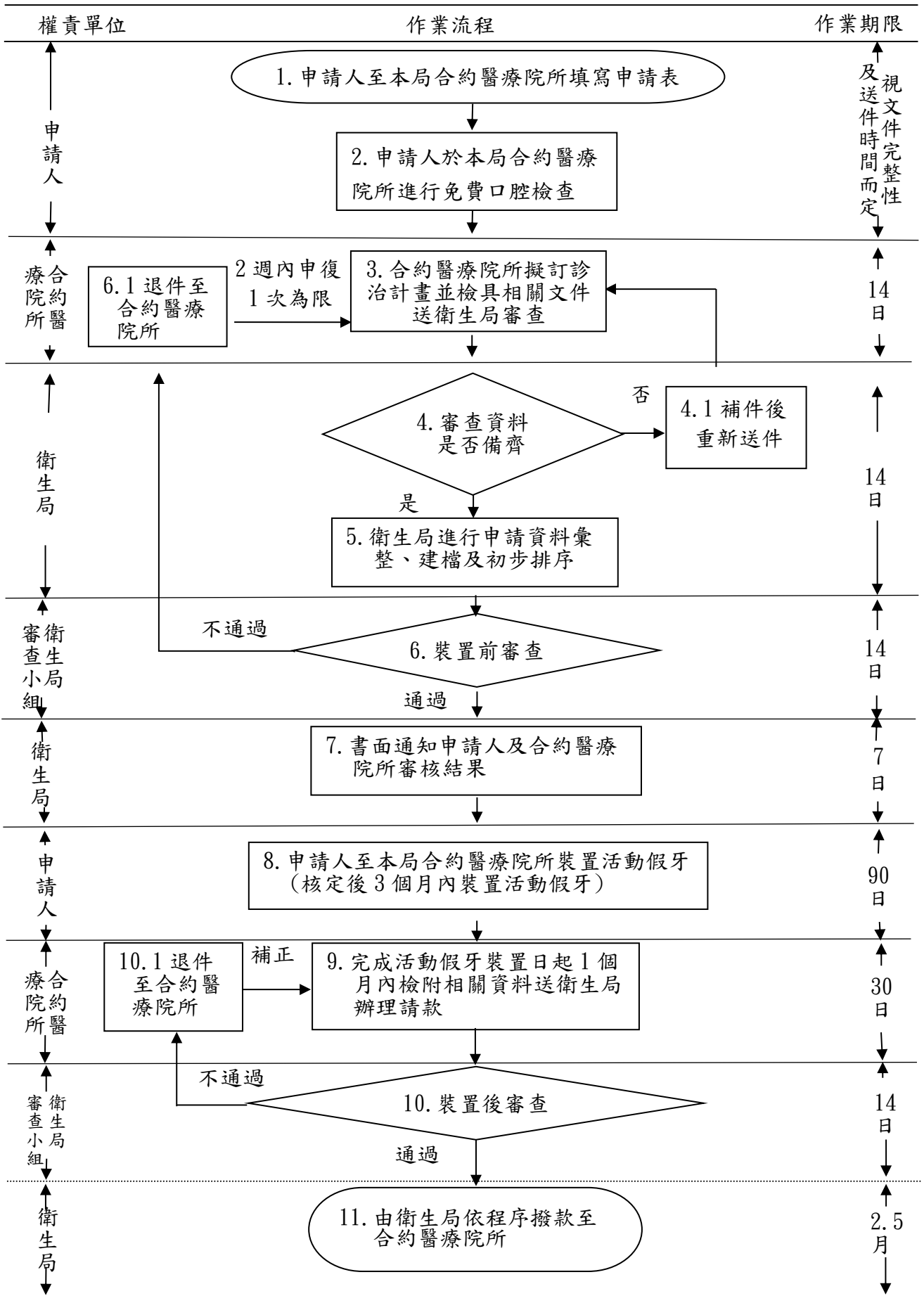
項目	補助態樣	裝置假牙類別	最高補助金額/新臺幣
1	部分活動假牙	單顎部分活動假牙	1 萬 7,000 元
2	半口活動假牙	單顎假牙	2 萬 2,000 元
3	上、下顎部分活動假牙	上、下顎部分活動假牙	3 萬 3,000 元
4	半口活動假牙併部分活動假牙	單顎假牙併部分活動假牙	3 萬 9,000 元
5	全口活動假牙	上、下顎假牙	4 萬 4,000 元
6	活動假牙維修	-	2,000 元

備註：

1. 全口活動假牙指上下顎剩餘牙齒數 3 顆以內，半口活動假牙指上（下）顎剩餘牙齒數 3 顆以內。部分活動假牙指上（下）顎游離端至少缺牙連續 2 顆(含)以上或上（下）顎缺牙 4 顆(含)以上。
2. 裝置部分活動假牙者若屬單側缺牙，假牙設計須跨越中線。
3. 曾經本局補助裝置之活動假牙，於裝置滿一年以上者，每人終身得申請補助活動假牙維修費一次。

桃園市政府衛生局

桃園市 65 歲以上長者裝置活動假牙補助申請標準作業流程圖



桃園市政府衛生局

65 歲以上長者裝置活動假牙補助申請表

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 1 年以上之年齡 65 歲以上長者，且開辦期間仍設籍桃園市。 以下身分別民眾請向所屬機關申請補助： 1. 具有原住民族身分者，請向桃園市政府原住民族行政局申請「55 歲以上原住民族長者假牙補助計畫」 2. 符合下列任一項，請向桃園市政府社會局申請「中低收入老人裝置活動假牙補助計畫」 (1) 列冊低收入戶、中低收入戶 (2) 領有中低收入老人生活津貼 (3) 經各級政府全額補助收容安置 (4) 領有身心障礙者生活補助費 (5) 經各級政府補助身心障礙者托育費或養護費達百分之五十以上				
應備文件	<input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 戶口名簿影本或戶籍謄本 <input type="checkbox"/> 印章					
身分證正面影本黏貼處			身分證反面影本黏貼處			

切 結 書	<p>本人_____茲申請桃園市政府衛生局 65 歲以上長者補助裝置活動假牙，已充分了解並符合本計畫申請補助對象資格規定：</p> <p><input type="checkbox"/>未曾領有本計畫之補助</p> <p><input type="checkbox"/>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。</p> <p>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。 (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 桃園市政府衛生局</p> <p style="text-align: right;">申請人(或代理人)簽章：_____</p> <p style="text-align: right;">申請日期：_____年_____月_____日</p>
代 理 人 基 本 資 料	<p>姓名：_____</p> <p>身分證統一編號：_____</p> <p>電話：_____</p> <p>手機：_____</p> <p>與申請人關係：_____</p> <p>通訊地址：_____</p>
<p>受理合約醫療院所：</p>	

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			
3. 非社政補助對象			

承辦人員：

覆核：

科長：

桃園市政府衛生局

65 歲以上長者裝置活動假牙口腔檢查表

壹、基本資料

姓名：_____ 身分證統一編號：_____

性別：男女 出生日期：____年____月____日

地址：桃園市_____區_____

電話：_____ 手機：_____

貳、篩檢項目

項目	內容	得分
1	全口上下皆無牙齒	<input type="checkbox"/> 8
2	上、下顎牙齒數皆 ≤ 3 顆	<input type="checkbox"/> 7
3	上或下顎皆無牙齒，且另一顎無對合之牙齒，需做部份活動假牙	<input type="checkbox"/> 6
4	上或下顎牙齒數 ≤ 3 顆，且另一顎需做部份活動假牙	<input type="checkbox"/> 5
5	上或下顎皆無牙齒，另一顎不必裝活動假牙	<input type="checkbox"/> 4
6	上或下顎牙齒數 ≤ 3 顆，另一顎不必裝活動假牙	<input type="checkbox"/> 3
7	需做單顎或雙顎部分活動假牙	<input type="checkbox"/> 2
8	已有活動假牙	<input type="checkbox"/> 1

總分=_____分

填報醫療院所：_____ 填報日期：____年____月____日

桃園市政府衛生局
年度 65 歲以上長者裝置活動假牙補助診治計畫書

總編號									
(審查小組填列)									

合約醫療院所名稱：_____ 篩檢醫師核章：_____

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	身分證統一編號	性別
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
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 -----假牙設計圖浮貼處----- 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 *部分活動假牙：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 *半口活動假牙：單顎缺牙 11 顆(含)以上始符合補助條件	
		<input type="checkbox"/> 假牙維修費	
一、預計診治步驟詳細說明(請務必填寫假牙材質)			
二、假牙材質	基底座	上顎：	<input type="checkbox"/> 一般樹脂 <input type="checkbox"/> 彈性樹脂 <input type="checkbox"/> 199+Ivoclar 附加金屬底床： <input type="checkbox"/> 鈦合金 <input type="checkbox"/> 純鈦 <input type="checkbox"/> 鈷鉻合金 <input type="checkbox"/> 其他_____
		下顎：	<input type="checkbox"/> 一般樹脂 <input type="checkbox"/> 彈性樹脂 <input type="checkbox"/> 199+Ivoclar 附加金屬底床： <input type="checkbox"/> 鈦合金 <input type="checkbox"/> 純鈦 <input type="checkbox"/> 鈷鉻合金 <input type="checkbox"/> 其他_____
	牙齒： <input type="checkbox"/> 樹脂牙 <input type="checkbox"/> 塑鋼牙 <input type="checkbox"/> 瓷牙 <input type="checkbox"/> 其他_____		
三、預定製作假牙模式：		上顎： <input type="checkbox"/> 半口 <input type="checkbox"/> 部分	<input type="checkbox"/> 全口
		下顎： <input type="checkbox"/> 半口 <input type="checkbox"/> 部分	
四、申請補助金額：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： _____		

附件 6、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 3 個月始能進行裝置，請填寫異動申請單（附件 8）。

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(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)	
排牙後上、下顎石膏正面照片各 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。	
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"/> 假牙清潔保養衛教	
實際完成日期： 受理醫師核章：	申請人簽名或蓋章 (裝置假牙完成後)
裝置後 審查小組之 審查結果	<input type="checkbox"/> 通過 材質是否符合契約及計畫書 <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 <input type="checkbox"/> 看不出 <input type="checkbox"/> 退件，理由：
審查委員 核章	_____年____月____日

桃園市 65 歲以上長者裝置活動假牙補助計畫 自費同意書

中華民國： 年 月 日

_____ (姓名) 係桃園市 65 歲以上長者裝置活動假牙補助計畫之申請人， 本人或 家屬
經醫師 _____ 詳細說明並充分瞭解後，自願
負擔補助之額外費用，共新臺幣 _____ 元。

此致 桃園市政府衛生局

立同意書人： _____ (簽章)

與病人關係： _____

立同意書人身分證號： _____

桃園市政府衛生局老人免費補助活動假牙服務異動申請單

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 樣態	<input type="checkbox"/> 全口活動假牙 <input type="checkbox"/> 半口併部分活動假牙 <input type="checkbox"/> 半口活動假牙 <input type="checkbox"/> 部分活動假牙				
申請變更 事項說明		<input type="checkbox"/> 口腔狀況改變，但申請樣態、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"/> 需改變申請樣態及金額(請修正診治計畫書並重新審查)。 原因及說明：_____。 <input type="checkbox"/> 其他事項：_____。 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)			
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 主 管		
裝置 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			審核委員核章	_____年____月____日	

65 歲以上長者裝置活動假牙補助計畫撥款申請書

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:

1. 內容若有修改處，請於該處加蓋關防。
2. 為配合印花無紙化之推行，如需申請印花稅總繳者，請洽桃園市政府地方稅務局辦理相關作業，電話：03-3326181 分機轉 2473 或 2476。

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 65 歲以上長者裝置活動假牙補助計畫」 (裝置者姓名)活動假牙裝置、維修費			
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 (若無該單位則免核章)		醫療院所 出納簽章 (若無該單位則免核章)

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 65 歲以上長者裝置活動假牙補助計畫」 (裝置者姓名)活動假牙裝置、維修費			
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 (若無該單位則免核章)		醫療院所 出納簽章 (若無該單位則免核章)

*注意事項:內容若有修改處,請於該處加蓋關防。

切結書

本人_____依據桃園市65歲以上長者裝置活動假牙補助計畫服務，確實於____年____月____日至____年____月____日於_____（院所名稱）製作_____（請填假牙態樣）。

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

113 年度桃園市政府衛生局受理民眾裝置活動假牙及身心障礙者口腔醫療照護補助申請審查小組設置及審查計畫

- 一、桃園市政府衛生局（以下簡稱本局）為辦理 65 歲以上長者裝置活動假牙補助計畫及 64 歲以下(中)低收入戶身心障礙者口腔醫療照護補助計畫審查事項，特設立桃園市政府衛生局受理民眾裝置活動假牙申請審查小組（以下簡稱本小組），並訂定本計畫。
- 二、本小組任務如下：
 - （一）假牙補助裝置及身心障礙者口腔醫療照護申請之審查事項。
 - （二）假牙補助裝置及身心障礙者口腔醫療照護變更申請之審查事項。
 - （三）其他有關假牙補助及身心障礙者口腔醫療照護之輔導、諮詢協調事項。
- 三、本小組成員由本局人員及社團法人桃園市牙醫師公會代表組成，申請人資格及申請流程由本局人員審查，申請案件之醫療專業相關部分則由社團法人桃園市牙醫師公會代表審查，本局人員擔任審查小組工作均為無給職，其他成員則依規定支付出席費。
- 四、申請案件原則每週審查 1 至 2 次，得視申請案件數量調增(減)次數。
- 五、本小組參與審查案件之相關人員，有下列各款情形之一者，應自行迴避：
 - （一）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。
 - （二）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。
 - （三）現為或曾為該案件當事人之代理人、輔佐人者。
 - （四）於該案件，曾為證人、鑑定人者。
- 六、本小組所需經費，由本局相關預算支應。

桃園市政府衛生局受理民眾裝置活動假牙及身心障礙者口腔醫療照護補助 審議小組設置要點

108 年 1 月 24 日桃衛照字第 1080008906 號函訂定全文 8 點

- 一、桃園市政府衛生局（以下簡稱本局）為加強 65 歲以上長者裝置活動假牙補助計畫及 64 歲以下(中)低收入戶身心障礙者口腔醫療照護補助計畫之醫療處理品質，促進醫病關係和諧及滿意度，特設立桃園市政府衛生局受理民眾裝置活動假牙及身心障礙者口腔醫療照護補助審議小組(以下簡稱本小組)，並訂定本要點。
- 二、本小組任務如下：
 - (一) 假牙補助裝置及身心障礙者口腔醫療照護之品質審議等事項。
 - (二) 假牙補助裝置及身心障礙者口腔醫療照護之醫療審議等事項。
 - (三) 其他有關假牙補助裝置及身心障礙者口腔醫療照護之各項疑義事項。
- 三、本小組置委員五人至七人，其中召集人、副召集人各一人，由本局指定人員兼任，其餘委員由本局就下列人員遴聘之：
 - (一) 社團法人桃園市牙醫師公會代表。
 - (二) 其他醫事專業、公共衛生、法律專家、社會公正人士等代表。前項委員任期二年，期滿得續聘之。
第一項委員出缺時，應予補聘，其任期以至原委員任期屆滿之日為止。代表機關或民間團體出任者，應隨其本職進退。本小組委員之任一性別成員人數不得低於全部人數三分之一。
- 四、本小組置執行秘書一人由本局長期照護科科長兼任，承召集人之命處理本小組事務，並置工作人員若干人，由本局長期照護科承辦人員兼任。
- 五、本小組視申請案件量召開會議。本小組會議由召集人召集並為主席，召集人未能出席時，由副召集人代理之；召集人及副召集人均未能出席時，由召集人指派之代理人或由出席委員互推一人為主席。
- 六、本小組委員均為無給職，但委員非由本局人員兼任者，得依規定支給出席費及交通費。
- 七、本小組參與審查案件之相關人員，有下列各款情形之一者，應自行迴避：
 - (一) 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。
 - (二) 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。

(三)現為或曾為該案件當事人之代理人、輔佐人者。

(四)於該案件，曾為證人、鑑定人者。

八、本小組所需經費，由本局年度相關預算支應。

桃園市政府衛生局委託辦理65歲以上長者裝置活動假牙補助計畫服務契約書

桃園市政府衛生局（以下簡稱甲方）委託 _____（以下簡稱乙方）辦理「桃園市 113 年度 65 歲以上長者裝置活動假牙補助計畫」（以下簡稱本計畫），雙方訂定契約條款如下：

第 1 條 本契約履約期間自簽約日起至 113 年 12 月 31 日止，補助費用以當年度本市市議會審查預算通過，始能辦理核銷。

第 2 條 乙方辦理甲方委託之業務，其內容應依據契約、實施對象、案件申請方式、申請說明與品質確保等內容辦理；委託業務內容如有變更者，應經雙方書面同意後實施。

第 3 條 本計畫之實施對象(以下稱申請人)需符合以下條件：

- 一、本市年滿 65 歲以上長者。
- 二、設籍桃園市 1 年以上，且於本計畫實施期間仍設籍本市。
- 三、每人終身僅可申請補助一次。

第 4 條 本計畫辦理方式

為保障申請人之權益與假牙品質，乙方協助案件申請與結案應以下列方式進行，並依本計畫文件辦理：

- 一、乙方受理申請案時，應核對申請人身分，並於完成檢查後 14 日內檢具下列文件送甲方審核：
 - (一) 假牙補助申請表。
 - (二) 口腔檢查表
 - (三) 診治計畫書。
 - (四) 裝置前口內相片。
- 二、乙方受理活動假牙維修案時，應核對申請人身分，並於完成檢查後 14 日內檢具下列文件送甲方審核：
 - (一) 診治計畫書。
 - (二) 裝置前口內相片。
- 三、經甲方函知乙方及申請人通過審核後，乙方始得進行假牙之製作與

裝置或維修：

- (一) 乙方應自收到核定通過之日起3個月內，完成活動假牙裝置或維修，若未能於期限內進行裝置，應協助申請人填寫異動申請單展期，展期期限以3個月為限。
- (二) 本計畫外的其他診療項目，乙方得以健保方式處理，逕向健保署申請費用，其診療時機由乙方依專業自行判斷及規劃，並與申請人充分說明討論後，先進行治療，以免影響後續之假牙裝置進度。乙方不得另立名目收取與本計畫假牙製作與裝置無關之費用。
- (三) 若裝置過程中，申請人口腔狀況發生異動，並涉及補助金額之改變，應填寫異動申請單說明異動之內容，並重新填寫診治計畫書、裝置前口內相片再送裝置前審查；若口腔狀況之異動未涉及補助金額之改變，請填寫異動申請單說明異動之內容，連同核銷相關資料送本局進行請款，以避免裝置前審查之設計圖與後續成品不符而無法請款。

四、乙方應提供之製作活動假牙基本假牙材質如下：

(一) 底座：

1. 一般樹脂需附加鈷鉻合金金屬架。
2. 彈性樹脂。
3. 單顎或雙顎無牙的情況，申請裝置半口或全口活動假牙並使用一般樹脂為底座時，可依申請人口腔狀況決定是否加鈷鉻合金金屬架。

(二) 牙齒：樹脂牙。

(三) 上述材質為基本規範，乙方得視申請人口腔狀況依專業判斷使用最妥適的材質，如使用上述以外材質而須由申請人自行補貼差額，應向申請人充分說明，並請申請人填寫自費同意書連同申請文件送甲方審核。

五、核銷方式：

乙方於申請人活動假牙裝置或維修完成後1個月內，應儘速檢具下

列文件送達甲方，辦理後續請款事宜：

- (一) 撥款申請書。
- (二) 治療前、後口內對照相片(維修前、後對照相片)。
- (三) 醫療費用領據。
- (四) 乙方指定之金融機構存摺封面影本。
- (五) 其他須檢附之相關證明文件。

六、乙方之服務項目，應包含本計畫假牙製作、裝戴及假牙裝置完成後 1 年內之免費調整服務(如因故退出或提出終止契約，已完成活動假牙裝置之案件，仍需保固1年)，保固期間，得收取掛號費及其他費用。

七、乙方應依當地醫療資源、申請人需求等情事提出申請案件，以保障醫療及服務品質。

八、申請人於本計畫假牙裝置期間於乙方問診及調整等相關門診，不得收掛號費及其他費用；本計畫裝置前之健保治療項目，包括根管治療、假牙填補、牙周治療等，建議於假牙裝置申請案提出前完成相關診治作業。

九、申請人因遇傷病、死亡等因素，致無法完成裝置活動假牙，且已於術中完成假牙蠟模或完成假牙製作者，乙方得檢附相關證明文件，併同申請人或申請人家屬提供之相關證明書辦理請款。甲方得依申請人之補助態樣、類別、補助金額及下列製作階段、比例規定審核後撥款：

- (一) 牙齒骨架印模：最高補助35%。
- (二) 完成排牙：最高補助70%。
- (三) 活動假牙已製作完成：最高補助80%。

十、申請人因傷病致無法完成裝置假牙，經甲方審核後支付前項補助費用者，如有繼續完成裝置活動假牙需求，乙方得提出相關申請文件提報甲方審核。

十一、申請人如因個人因素欲終止假牙裝置，或轉至本市其他合約醫療院所處理假牙裝置時，乙方應協助提出說明，提報甲方審核；乙方已產生之相關費用依前2款規定辦理。

十二、申請人自申請補助核定日起超過1年以上未完成假牙裝置者，甲方得函文通知申請人繼續辦理假牙裝置(完成或展期)，如未於1個月內繼續辦理者，甲方得予以結案，請申請人重新提出申請。

第5條 乙方辦理本計畫假牙裝置業務，應秉持專業及配合政府照顧老人之美意，盡力協助。如有超收費用經查證屬實，甲方得終止合約，乙方並應將超收之費用返還申請人。

第6條 甲方得隨時抽查有關本計畫之相關資料，乙方不得規避、妨礙或拒絕。乙方如以詐欺、虛偽之證明、報告及其他不正當行為而協助申請人領取本補助者，甲方應予停止撥款，或通知乙方繳回溢領款項，並得立即終止契約，涉及刑責者移送司法機關辦理。

第7條 乙方執行假牙裝置業務需遵守民法、醫療法、醫師法及全民健康保險法等相關法規，如有違法情事並經查證屬實，甲方得立即終止合約。

第8條 本計畫涉及醫療專業爭議情事，甲乙雙方同意移請甲方之「桃園市政府衛生局受理民眾裝置活動假牙及身心障礙者口腔醫療照護補助審議小組」審議，並依審議結果處理。

第9條 乙方提前終止契約，應於1個月前以書面通知甲方，乙方就已核定之申請案件，仍應如期完成。

第10條 乙方辦理本計畫假牙裝置業務，如有違反本契約之規定，經甲方書面通知限期改善，屆期仍不改善者，甲方得終止契約。

第11條 依前條規定終止服務契約者，乙方自終止之日起1年內，不得再受託辦理本計畫相關業務。

第12條 本契約內容如有不足之處，依本計畫規定及內容辦理。

第13條 非經甲方同意，乙方不得將本契約權利義務之全部或一部讓與他人。

第14條 本契約未盡事宜經甲乙雙方同意後，得以附約或換文之方式變更或補充之，其效力與本契約同。

第15條 關於本契約之履行所生爭議涉訟時，雙方同意以臺北高等行政法院地方行政訴訟庭為第一審管轄法院。

第16條 本契約1式2份，由甲乙雙方簽名蓋章後生效，雙方各執1份為憑。

第17條 乙方應填列本契約之執行裝置假牙醫師清冊(如附表1)及配合製作假牙之

牙體技術人員清冊(如附表2)，若有異動需主動告知甲方。

第18條 乙方辦理甲方委託之業務，應注意申請及核銷辦理期程，針對自申請日起超過1年以上未完成案件，甲方得通知乙方限期說明或送回核銷。經通知限期說明或送回核銷仍未配合者，甲方將暫停受理乙方受理申請案3個月，並列入續約與否參考。

立契約書人：

甲 方：桃園市政府衛生局
代 表 人：
地 址：桃園市桃園區縣府路55號
電 話：(03)3340935

乙 方：
代表人(負責人)：
地 址：
電 話：
電 子 信 箱：

中 華 民 國 年 月 日

附表1

桃園市65歲以上長者裝置活動假牙計畫

合約醫療院所執行裝置假牙醫師清冊

醫師姓名	身分證統一編號	牙醫師證照號	有效期限	執業登記地點

醫療院所章：

負責人章：

附表2

桃園市65歲以上長者裝置活動假牙計畫
合約醫療院所配合製作假牙之牙體技術人員清冊

機構名稱	負責人	人員姓名	身分證統一編號	醫事人員類別	證書字號	有效期限

醫療院所章：

負責人章：