

桃園市政府衛生局委託辦理 64 歲以下(中)低收入戶身心障礙者 口腔醫療照護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 64 歲以下(中)低收入戶身心障礙者
口腔醫療照護補助計畫」（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 114 年 1 月 1 日至 116 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 實施對象(以下稱申請人)需符合以下資格：
一、本市 64 歲以下中低或低收入戶身心障礙者。
二、須設籍本市 1 年以上，且實施期間仍設籍於本市。
三、本市 54 歲以下(中)低收入戶身心障礙原住民族者。

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）診治計畫書。
（三）裝置前完整清晰之口腔內彩色照片(需呈現所有牙位)。
二、裝置前申請案經甲方函知乙方及申請人通過審核後，乙方
始得進行申請補助項目處置作業：
（一）乙方應自收到核定通過之日起 6 個月內，完成申請補助

項目處置，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口腔醫療照護、假牙製作與裝置無關之費用。

(三) 本計畫補助項目執行過程中，若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。

三、乙方應提供製作之補助項目及相關說明如下：

(一) 活動假牙

1、假牙底座：

(1)一般樹脂

部分假牙，皆須附加鈷鉻合金金屬架。

半口或全口無牙者，須附加鈷鉻合金金屬架或金屬網。

(2)彈性樹脂

2、牙齒：壓克力樹脂牙。

3、上述材質為本計畫補助之基本材質，不得向民眾收取自費金額。

4、本活動假牙補助，五年內同一顎不得重複申請。

(二) 固定假牙

1、牙柱心：申請柱心者，須於裝置前拍攝柱心照片，或於裝置後附上X光片，且照片須能辨識柱心。

2、固定假牙補助之牙位，五年內不得重複同一牙位。

3、金屬鑄造冠及金屬瓷冠，單次申請者，同一牙位得擇一材質申請補助。

(三) 兒童口腔醫療照護補助項目(未滿 12 歲)

1、補助項目僅限防蛀封劑、不銹鋼牙冠、成形乳門牙透明牙套、單側空間維持器、雙側空間維持器。

2、未滿 15 歲者可申請防蛀封劑補助，但 6-9 歲之第一大臼齒為健保給付項目，不得申請防蛀封劑補助。

3、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。

四、活動假牙製作注意事項：

(一) 牙醫師應確實進行假牙製作前評估，並確認申請者口腔狀態如下：

1、齲齒問題已處理完善

2、牙周問題正常，已無需治療牙周病

3、牙床健康平整，無潰爛或傷口

4、其他應評估項目

申請者口腔狀況屬於應先治療項目如根管治療、蛀牙填補、牙周治療等，請考量假牙製作之急迫性，建議於假牙裝置申請案提出前完成相關診治作業，再據以申請活動假牙。

(二) 本補助為正式活動假牙設計，排除臨時性活動假牙。

(三) 有關殘根處理及認定，可列入缺牙計算，但須於診治計畫書中說明合理處理方式。

(四) 排牙空間不足者，以缺牙數計算。

(五) 若為單側缺牙，活動假牙設計須橫跨中線，單側小螃蟹不補助。

(六) 補助項目及製作假牙之材質，須符合我國「醫療器材管理法」之規定，使用具有醫療器材許可證之產品。

(七) 假牙製作應符合「牙體技術師法」之規定，由領有執業登記證之牙體技術師(生)執行。

(八) 乙方得視申請人口腔狀況依專業判斷使用最妥適的材質，如使用上述基本款以外材質而須由申請人自行補貼差額者，應向申請人充分說明，並請申請人填寫自費同意書(附件 7)連同申請文件送甲方審核，有關自費上限請參酌本市公告之「桃園市牙醫醫療機構收費標準」辦理。

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) 請款領據、撥款申請書及醫療費用收據。
- (二) 假牙裝置前、後口腔內對比彩色相片，所有照片必須清晰且能呈現所有牙位，照片須標示申請人姓名及拍攝日期，並以不覆蓋其他照片方式黏貼。
- (三) 如申請柱心補助，需於假牙裝置前拍攝柱心照片或檢附得以辨識柱心之X光片。
- (四) 活動假牙應附上石膏上蠟模照及完成照；固定假牙應付上蠟模照或數位模照；若未檢附照片者，得由牙醫診所填寫假牙製作切結書(附件11)並附上所開具之書面文件(如技工指示單)影本替代之。
- (五) 含自費材質者，需檢附牙醫師所開具之書面文件(如技工指示單)影本。
- (六) 乙方指定之金融機構存摺封面影本。
- (七) 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)，申請人於裝置假牙期間於乙方問診及調整等相關門診，不得收取掛號費及其他費用，若有其他醫療處置者，得

收取掛號費及其他費用。

七、 乙方應切實完成假牙清潔保養衛教，協助申請人延長假牙使用壽命，並依需求教導其有關口腔保健相關知識及技巧，以促進口腔健康。

八、 申請人因遇傷病、死亡等因素，致無法完成裝置活動假牙者，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%。

九、 申請人如遇傷病、死亡等因素，致無法完成裝置活動假牙以外之補助項目（如固定假牙補助），乙方得提出相關說明及佐證資料，經甲方審核後支付補助費用，其支付比例依同條第8款規定辦理。

十、 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，乙方應協助填寫異動申請單併同已通過之審查文件，提報甲方審核並辦理銷案。

十一、 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(中)低收入戶身心障礙者之美意，盡力協助。若申請人申請項目為本計畫補助之基本材質，乙方不得以任何形式或名義向申請人收取額外費用，如有超收費用經查證屬實者，甲方有權終止本契約，並要求乙方將超收之費用返還申請人，乙方不得異議。

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 乙方執行本計畫業務需遵守民法、醫療法、醫師法、牙體技術師法、醫療器材管理法、藥事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並依相關法規處理。。

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 乙方辦理本計畫業務，如有違反本契約之規定，經甲方書面通知限期改善後，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 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 13 條 乙方需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師(生)清冊(如附表 2)，若有異動應以書面通知或正式函等方式主動告知甲方。

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 本契約內容如有不足之處，依本計畫規定及內容辦理。

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64歲以下(中)低收入戶身心障礙者口腔醫療照護補助計畫
合約醫療院所配合製作假牙之**牙醫師清冊**

牙醫診所全稱					
負責人姓名		負責人 身份證字號			
牙醫診所地址					
牙醫診所電話					
醫師姓名		身分證字號	牙醫師證照	有效期限	執業登記地點

(本表不敷使用請自行加印)

醫療院所關防章：

負責人章：

附表 2

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計畫
合約醫療院所配合製作假牙之 **牙體技術師(生)清冊**

牙體技術所全稱					
負責人姓名		負責人 身份證字號			
牙體技術所地址					
牙體技術所電話					
牙體技術師(生)姓名	身分證字號	醫事人員類別	證書字號	有效期限	

(本表不敷使用請自行加印)

牙體技術所關防章：

負責人章：