

附件 1

桃園市辦理中低收入老人裝置活動假牙補助態樣及維修費最高補助金額一覽表

優 先 次 序	補助態樣	裝置假牙類別	最高補助金額/ 新臺幣
1	上下顎全口活動假牙	上、下顎全口假牙	4 萬 4,000 元
2	上顎全口活動假牙。	單上顎全口假牙	2 萬 2,000 元
3	下顎全口活動假牙。	單下顎全口假牙	2 萬 2,000 元
4	上顎全口活動假牙， 併下顎部分活動假牙。	單上顎假牙併下顎 活動假牙	3 萬 9,000 元
5	下顎全口活動假牙， 併上顎部分活動假牙。	單下顎假牙併上顎 活動假牙	3 萬 9,000 元
6	上、下顎部分活動假牙。	上、下顎部分活動 假牙	3 萬 3,000 元
7	上顎部分活動假牙。	上顎部分活動假牙	1 萬 7,000 元
8	下顎部分活動假牙。	下顎部分活動假牙	1 萬 7,000 元
9	假牙維修費	假牙破裂維修費/單 顎	1,100 元
		假牙添加費/單顆	1,100 元
		假牙線(環)勾/個	1,100 元
		假牙硬式襯底/座	3,300 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、活動假牙維修費用，每年最高補助 6,600 元。

附件 2

桃園市辦理中低收入老人裝置活動假牙補助申請表						
申請	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年 月日	年 月 日

篩檢日期：_____ 篩檢醫師核章：_____

院所名稱：_____ 電話：_____ 傳真：_____

院所地址：_____

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		
		身分證字號：		
		<input type="checkbox"/> 列冊低收入戶、中低收入 <input type="checkbox"/> 領有中低收入戶老人生活津貼 <input type="checkbox"/> 經各級政府全額補助收容安置 <input type="checkbox"/> 領取身心障礙者生活補助費 <input type="checkbox"/> 經各級政府補助身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用達百分之50以上		
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
	活 假 動 牙	<input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎	<input type="checkbox"/> 假牙破裂維修費單顎 <input type="checkbox"/> 假牙添加費__顆 <input type="checkbox"/> 假牙添加費__顆 <input type="checkbox"/> 假牙線(環)勾__個 <input type="checkbox"/> 假牙硬式襯底__座	
一、預計診治步驟詳細說明				<p>【請在牙齒部位圖上標示】</p>  <p>-----假牙設計圖浮貼處-----</p>
二、底座材質： <input type="checkbox"/> 鈷鉻合金 <input type="checkbox"/> 彈性樹脂 <input type="checkbox"/> 樹脂基底附加金屬網底				
三、假牙材質： <input type="checkbox"/> 樹脂牙				
檢附：照片____張、假牙設計圖____份				
二、預定製作假牙模式：				
三、預估經費：新臺幣 _____ 元		四、申請補助金額：新臺幣 _____ 元		
桃 園 市 牙 醫 師 公 會 醫 師 審 核	<input type="checkbox"/> 通過、核准補助金額： 元		審 查 醫 師 簽 章	
	<input type="checkbox"/> 退件 (理由： _____)			
社 會 局 審 核	<input type="checkbox"/> 通過、核定函 _____ 年 _____ 月 _____ 日府 社老字第 _____ 號函		社 會 局 核 章	
	<input type="checkbox"/> 退件 (理由： _____)			

診治計畫書 (二)

申請人姓名：

裝置假牙前照片粘貼欄-包含患者口內上（下）顎相片，咬合面照。

(可採數位照片或列印，張數不拘，清楚明確可辨認即可)

裝置假牙後照片粘貼欄-包含患者口內上（下）顎相片，咬合面照、假牙口外照。

**** 核銷請檢附本府社會局核定公文 ****

(可採數位照片或列印，張數不拘，清楚明確可辨認即可)

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)

桃園市牙醫
師公會醫師
審核

通過
退件(理由：
)

審核人員簽章：

※粗框線格內由牙醫師公會與社會局負責填寫，診所詳細填寫其他欄。

附件 4

領 據

茲收到 桃園市政府社會局 撥付本院所為本市 65 歲以上中低收入
戶老人_____（身分證字號：_____）製作活動

假牙費用，製作形式如下：

- 全口活動假牙
- 上顎半口活動假牙
- 下顎半口活動假牙
- 上顎半口活動假牙，併下顎部分活動假牙
- 下顎半口活動假牙，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
- 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，計新台幣_____萬_____仟_____百元整，實屬無訛。

此致

桃園市政府社會局

院所名稱：_____（加蓋大章）

負責人：_____（加蓋小章）

院所統一編號：_____

地址：_____

電話：_____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

桃園市政府社會局
黏貼憑證用紙

- 受款人
- 發票(或收據)開立廠商
- 詳如受款人清單
- 扣抵罰賠款_____元
- 轉保固金_____元
- 其他(請列舉並標示金額)

傳 票 編號 付款憑單				金 額									
				億	千	百	十	萬	千	百	十	元	
憑證編號		預算年度					\$						
預算科目	_____年社政業務-老人福利工作-獎補助費-社會福利津貼濟助(7) _____年公彩基金-老人福利工作-會費.捐助.補助.分攤.照護.救濟與交流活動費-捐助.補助與獎助-捐助個人(2)			用途說明	中低收入老人假牙補助								

-----收據正本黏貼處(勿覆蓋上方文字)-----

指定之銀行或郵局基本資料

- 【院所名稱】：
- 【銀行或郵局】須含分行別：
- 【戶名】需為院所帳戶：
- 【帳號】：
- 【院所統一編號】：

-----存摺封面影本黏貼處-----

桃園市辦理中低收入老人裝置活動假牙補助異動申請單

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 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)。 <input type="checkbox"/> 其他。說明：_____。	
合約醫療院所簽章： 填單日期： 年 月 日		申請人簽章： (若因個人因素展期需申請人簽章)	
承辦人		單位主管	
裝置前、後 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