

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

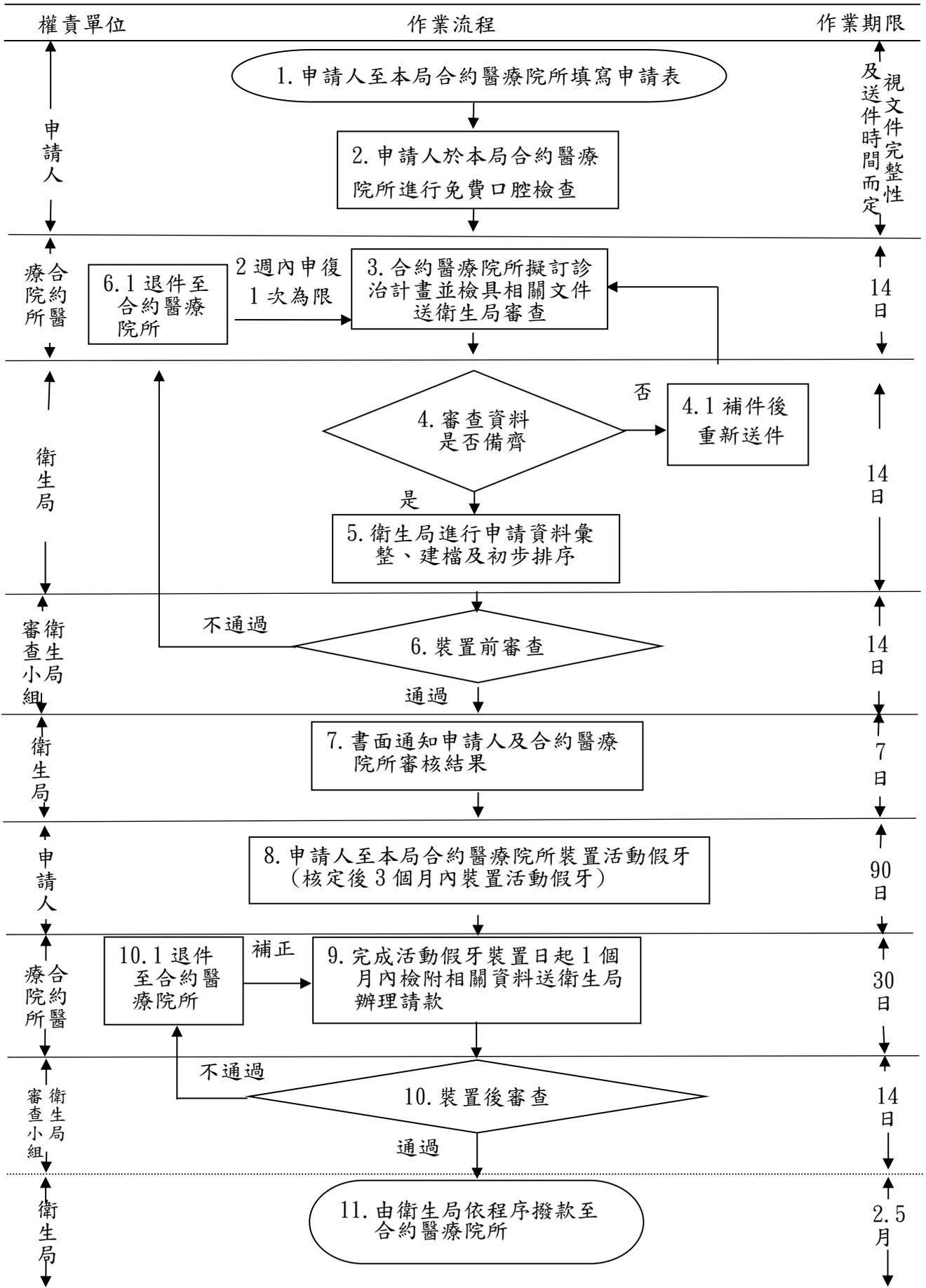
項目	補助態樣	裝置假牙類別	最高補助金額/新臺幣
1	部分活動假牙	單顎部分活動假牙	1 萬 7,000 元
2	半口活動假牙	單顎假牙	2 萬 2,000 元
3	上、下顎部分活動假牙	上、下顎部分活動假牙	3 萬 3,000 元
4	半口活動假牙併部分活動假牙	單顎假牙併部分活動假牙	3 萬 9,000 元
5	全口活動假牙	上、下顎假牙	4 萬 4,000 元
6	活動假牙維修	-	2,000 元

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

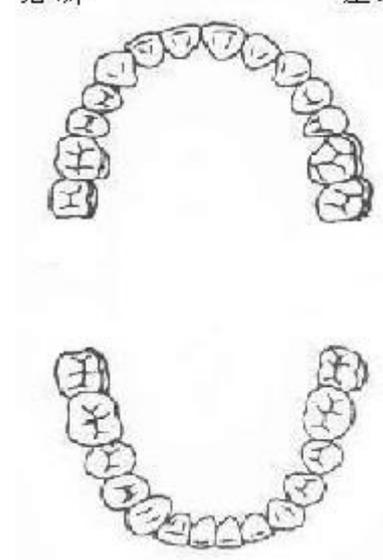
總編號									
(審查小組填列)									

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