**原住民族長者裝置假牙申請流程圖**

**作業期限**

附表5

**權責單位**

**作業流程**

**紙本作業**

**線上作業**

服務對象請攜帶健保卡前往全民健康保險特約牙科醫院(診所)申請

不符合

須補正

發文退件

通知補正

**完成裝置或維修假牙次日起14日內**

**地方政府**

**地方政府**

完成後，牙科醫院(診所)檢具以下事項向本府請款：

1. 領款收據及印領清冊
2. 診治成果表

本府撥款予牙科醫院(診所)。

**天內送件**

**7 3**

**日**

**20 15**

**21 10**

**個工作日**

**審查作業不得超過**

**牙醫師公會**

**地方政府**

**符合**

**審查作業**

本府辦理**資格**審查；

牙醫師公會

辦理**專業**審查

**牙科醫院(診所)**

**牙科醫院(診所)**

由本府函知申請者及牙科醫院(診所)開始裝置或維修假牙

牙科醫院(診所)檢具以下資料送本府審查：

1. 申請書
2. 診治計畫書