

未滿 12 歲(中)低收入戶身心障礙者
口腔醫療照護補助項目及最高補助金額一覽表

	補助項目	最高補助金額/新臺幣
1	防蛀封劑（每齒）	550 元
2	不銹鋼牙冠（每齒）	3,300 元
3	成型乳門牙透明牙套（每齒）	3,300 元
4	單側空間維持器	4,400 元
5	雙側空間維持器	6,600 元

備註：

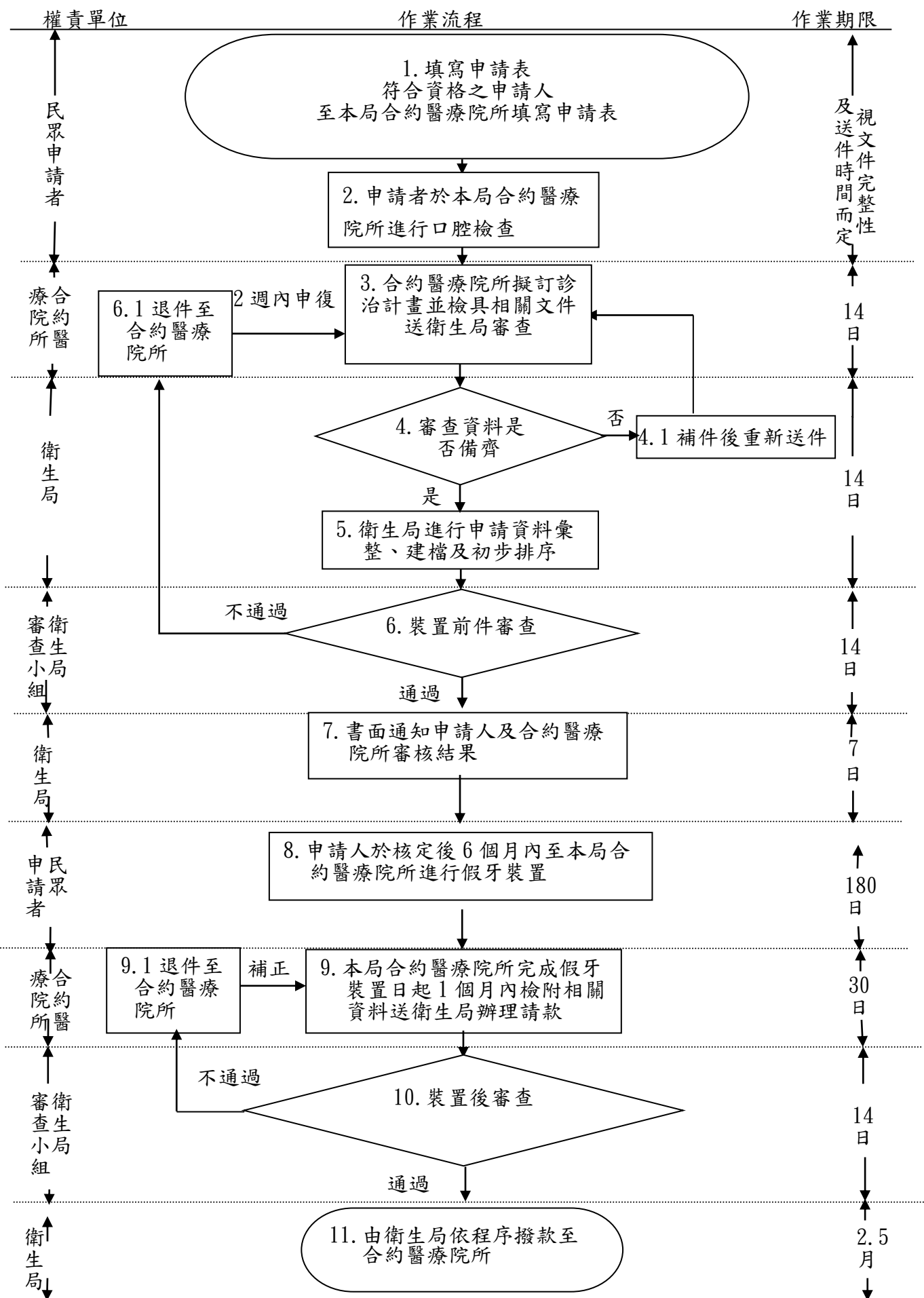
1. 上述補助項目同一牙位每年補助以 1 次為限，且健保已補助項目不得重複申請。
2. 每案補助之實報實銷申請總金額不得超過新臺幣 2 萬 2,000 元，超過者以新臺幣 2 萬 2,000 元計。
3. 未滿 15 歲者可申請防蛀封劑補助，但 6-9 歲之第一大白齒為健保給付項目，不得申請防蛀封劑補助。
4. 已蛀牙或已申請健保給付填補之牙位，不得申請防蛀封劑項目。

12 歲以上 64 歲以下(中)低收入戶身心障礙者
口腔醫療照護補助項目及最高補助金額一覽表

	補助項目		最高補助金額/新臺幣
1	固定假牙	鑄心	1,700 元
		金屬鑄造冠	5,500 元
		金屬瓷冠	7,700 元
2	活動假牙	單顎半口活動假牙	22,000 元
		上、下兩顎半口活動假牙(全口活動假牙)	44,000 元
		單顎部分活動假牙	17,000 元
		上、下兩顎部分活動假牙	33,000 元
		單顎半口活動假牙，併單顎部分活動假牙	39,000 元

備註：

1. 低收入戶之實報實銷申請總金額每年不得超過新臺幣 4 萬 4,000 元，超過者以新臺幣 4 萬 4,000 元計。
2. 中低收入戶之實報實銷申請總金額每年不得超過新臺幣 2 萬 2,000 元，超過者以新臺幣 2 萬 2,000 元計。
3. 固定假牙同一牙位，活動假牙同一顎已取得補助者，5 年內不得重複申請。
4. 半口活動假牙指單顎剩餘牙齒數 3 顆以內。部分活動假牙指單顎游離端至少缺牙連續 2 顆(含)以上或單顎缺牙 4 顆(含)以上。
5. 裝置部分活動假牙者若屬單側缺牙，假牙設計須跨越中線。



桃園市政府衛生局

64 歲以下(中)低收入戶身心障礙者口腔醫療照護補助申請表

申請人基本資料	姓名		性別	☐ 男 ☐ 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	☐ 同戶籍地址 ☐ 另列如右：_____							
	身分別	☐ 設籍桃園市且設籍 1 年以上之未滿 65 歲列冊中低收入戶。 ☐ 設籍桃園市且設籍 1 年以上之未滿 65 歲列冊低收入戶。							
	障礙類別		障礙等級	☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐ 極重度					
應備文件	☐ 身分證正反面影本 ☐ 身心障礙手冊正反面影本 ☐ 戶口名簿影本或戶籍謄本影本 <input 4"="" type="checkbox/>(中)低收入戶證明影本</td> </tr> <tr> <td colspan="/> 國民身分證正面影本黏貼處 (未滿 14 歲未領身分證者， 請黏貼健保卡正面影本)						國民身分證反面影本黏貼處 (未滿 14 歲未領身分證者， 此欄位不需黏貼)		
身心障礙手冊正面影本黏貼處				身心障礙手冊背面影本黏貼處					

切 結 書	本人_____茲申請桃園市政府衛生局 64 歲以下(中)低收入戶身心障礙者口腔醫療照護補助，已充分了解並符合本計畫申請補助對象資格規定。 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。 ☐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。 (如為代理申請，代理人應將表內事項詳細告知申請人) (如申請人未滿 20 歲，應有家長或代理人簽章) 此致 桃園市政府衛生局 申請人(或代理人)簽章：_____ 申請日期：_____年_____月_____日
代 理 人 基 本 資 料	姓名：_____ 身分證統一編號：_____ 電話：_____ 手機：_____ 與申請人關係：_____ 通訊地址：_____
受理合約醫療院所：_____	

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			

承辦人員：

覆核：

科長：

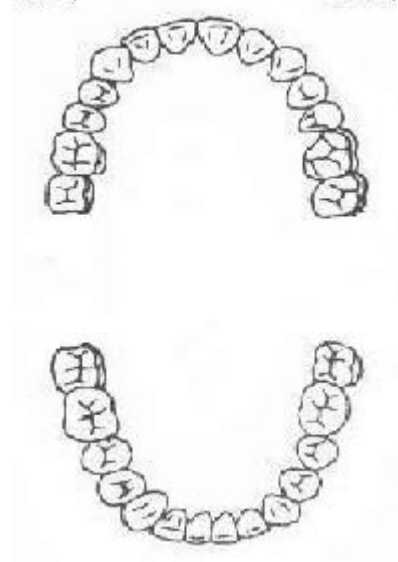
桃園市政府衛生局
 _____年度未滿 12 歲(中)低收入戶身心障礙者
 口腔醫療照護補助診治計畫書

總編號									
(審查小組填列)									

合約醫療院所名稱：_____ 負責醫師核章：_____

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 別
		性別： ☐ 男 ☐ 女	
		身分證統一編號：_____	
		☐ 列冊中低收入戶 ☐ 列冊低收入戶	
診 治 計 畫 內 容			
診 治 項 目	防蛀封劑	部位：_____ *未滿 15 歲均得申請此項目，但 6-9 歲之第一大臼齒不得申請	-----繪圖浮貼處----- 右側 左側  【請在牙齒部位圖上標示】
	不銹鋼冠	部位：_____	
	成型乳門牙透明牙套	部位：_____	
	空間維持器	☐ 單側空間維持器，部位：_____ ☐ 雙側空間維持器，部位：_____	
一、預計診治步驟詳細說明			
二、申請補助金額：新臺幣 _____ 元整(最高申請補助 2 萬元)			
三、可補助金額：新臺幣 _____ 元整			
裝置前審查小組之審查結果	☐ 通過、核准補助金額：_____ 元		審查委員核章 _____年_____月_____日
	☐ 退件，理由：_____		

一、治療前審查：(請浮貼、照片需載明拍照日期及申請人姓名)			
口內照片 1 張。(照片需能清楚呈現口腔情形) 			
口外照片：全臉(額頭以下、頸部以上)正面照(張口露齒)1 張。 			
二、治療後審查：(請浮貼、照片需載明拍照日期及申請人姓名)			
口內照片 1 張。(照片需能清楚呈現治療後情形) 			
口外照片：全臉(額頭以下、頸部以上)正面照(張口露齒)1 張。 			
☐ 已完成口腔清潔保養衛教			
實際完成日期： 受理醫師核章：		申請人(或代理人)簽名或蓋章 (裝置假牙完成後)	
裝置後 審查小組之 審查結果	☐ 通過 ☐ 退件，理由：	審查委員 核章	____年____月____日

桃園市政府衛生局
 _____年度 12-64 歲(中)低收入戶身心障礙者
 口腔醫療照護補助診治計畫書

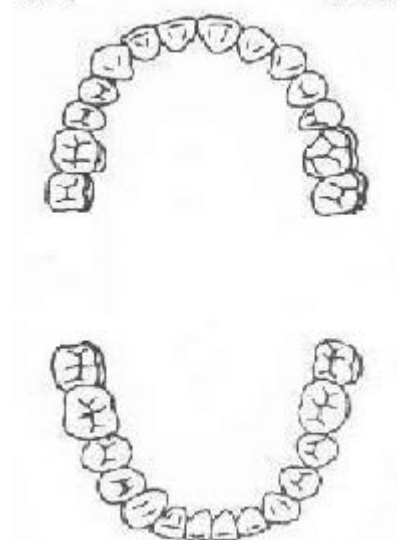
總編號									
(審查小組填列)									

合約醫療院所名稱：_____ 負責醫師核章：_____

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 別
		性別： ☐ 男 ☐ 女	
		身分證統一編號：	
		☐ 列冊中低收入戶 ☐ 列冊低收入戶	

診 治 計 畫 內 容				
診 治 項 目	全 頤 缺 牙	☐ 上、下兩頤 ☐ 單頤 (☐ 上 ☐ 下)		繪 圖 -----繪圖浮貼處----- 右側 左側  【請在牙齒部位圖上標示】
	活 動 假 牙	☐ 上頤橫跨中線_____顆 ☐ 下頤橫跨中線_____顆 *游離端至少缺牙連續2顆(含)以上或單頤缺牙4顆(含)以上始符合補助條件		
	預定製作活動假牙模式	上 頤 ☐ 半口 ☐ 部分 下 頤 ☐ 半口 ☐ 部分	☐ 全口	
	預定製作固定假牙部位	☐ 鑄心，部位：_____ ☐ 金屬鑄造冠，部位：_____ ☐ 金屬瓷冠，部位：_____		
一、預計診治步驟詳細說明				

二、申請補助金額：新臺幣 _____元整
 (中低收入戶最高申請補助2萬元，低收入戶最高申請補助4萬元)

三、可補助金額：新臺幣 _____元整

裝置前審查小組之審查結果	☐ 通過、核准補助金額：_____元	審 查 委 員 核 章	
	☐ 退件，理由：_____		
			_____年 _____月 _____日

附件 8、裝置前、後相片

申請人姓名：_____ 身分證統一編號：_____

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(張口露齒)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)			
活動假牙：排牙後上、下顎石膏正面照片各 1 張。			
固定假牙：製作部位模型照片 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。			
固定假牙照片：上顎咬合面照片 1 張、下顎咬合面照片 1 張，如有申請鑄心，需於假牙裝置前 拍攝鑄心照片或於術後附上 X 光片，且照片需能辨識鑄心。 (照片需能清楚呈現假牙裝置情形)			
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)。			
☐ 已完成假牙清潔保養衛教			
實際完成日期： 受理醫師核章：		申請人(或代理人)簽名或蓋章 (裝置假牙完成後)	
裝置後 審查小組之 審查結果	☐ 通過 ☐ 退件，理由：	審查委員 核章	_____年____月____日

64 歲以下(中)低收入戶身心障礙者口腔醫療照護補助撥款申請書

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：

金融機構名稱：

帳 戶：

帳 號：

(請附醫療院所指定之金融機構存摺封面影本)

醫療院所名稱：

負 責 人：

(關防)

(負責人印章)

中華民國 年 月 日

印花稅黏貼處

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 64 歲以下(中)低收入戶身心障礙者口腔醫療照護補助計畫」_____(裝置者姓名)活動假牙裝置費。				
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 64 歲以下(中)低收入戶身心障礙者口腔醫療照護補助計畫」_____(裝置者姓名)活動假牙裝置費。				
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

64 歲以下(中)低收入戶身心障礙者口腔醫療照護補助異動申請單

申請人資料	姓名		性別	☐ 男 ☐ 女	身分證 字號	
	合約醫療院所					
	補助項目					
申請變更事項說明		☐ 口腔狀況改變，但申請項目、補助金額不變。改變之說明：_____ _____。 ☐ 申請裝置展期。原因及說明：_____ _____。 ☐ 需改變申請項目及補助金額(請修正診治計畫書並重新審查)。 ☐ 其他。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)		
備註：						
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	位管	
治療前、後 審查 小組 之 審查 結果	☐ 通過 ☐ 退件(理由：_____) 審核人員簽章：_____ 審核日期： 年 月 日			審查委員核章	_____年____月____日	

切結書

本人_____確實於_____年____月____日至
_____年____月____日接受_____（院所名稱）提供
之桃園市64歲以下（中）低收入戶身心障礙者口腔醫療
照護補助服務，申請補助金額共計新臺幣_____元整。

補助項目：

- ☐防蛀封劑 ☐不銹鋼牙冠 ☐成型乳門牙透明牙套
☐單側空間維持器 ☐雙側空間維持器
☐鑄心（固定假牙） ☐金屬鑄造冠（固定假牙）
☐金屬瓷冠（固定假牙）
☐活動假牙，樣態：_____

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