

桃園市政府衛生局

113 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

112 年 11 月 28 日奉核

壹、前言

根據台北醫學大學 2014 年身心障礙者口腔狀況及相關影響因素之探討成果報告，顯示近 9 成的身心障礙的個案有口腔清潔，牙齦照護及牙結石清除的需求，且恆牙齶齒經驗的盛行率達 91.18%，乳牙齶齒經驗的盛行率則為 65.06%，致 7 成以上的身心障礙者均有牙科醫療的需求。

按衛生福利部統計資料，截至 112 年第 2 季，桃園市(以下稱本市)身心障礙者人數共計 9 萬 99 人，其中 64 歲以下身心障礙者人數共 5 萬 2,751 人，占身心障礙者總人數 58.5%；次按本府社會局統計資料，(中)低收身心障礙者總人數共 6,413 人，故推估 64 歲以下中低收身心障礙者本市人數有 3,752 人，其中有 2,626 人有牙科醫療需求。

另依衛生福利部國民口腔健康促進計畫(2007 至 2021)指出，齶齒是身心障礙者常見的口腔健康問題，其中在國民健康署 2012 至 2013 年身心障礙者口腔狀況及相關影響因素之探討成果報告顯示，近 90% 的身心障礙個案有口腔清潔，牙齦照護及牙結石清除的需求，乳牙齶齒經驗的盛行率為 65.06%，恆牙齶齒經驗的盛行率達 91.18%，顯示身心障礙者較缺乏足夠的口腔健康照護，有較多的齶齒發生，牙周狀況也較差，進而導致缺牙情形較為嚴重。

本市自 107 年 10 月起針對 64 歲以下(中)低收身心障礙者辦理「口腔醫療照護補助計畫」，截至 112 年 10 月底，符合本補助計畫的族群已有 220 人申請補助裝置活動假牙、固定假牙及口腔醫療照護服務，推估尚有 2,406 人有牙科醫療需求。為使本市弱勢身心障礙者減輕經濟負擔，保有健康的生活品質，期透過社會福利政策及利用醫療資源加以改善，爰賡續辦理活動假牙補助計畫，使本市弱勢身心障礙者透過口腔狀態改善，增進營養攝取與身體健康，預估受益人數可增至 276

人。

資料來源：

- 1.台北醫學大學(2014)身心障礙患者口腔健康狀況及相關因素之探討
- 2.衛生福利統計處(2022)社會福利公務統計一覽表
- 3.桃園市政府社會局(2023)社會福利服務統計
- 4.衛生福利部(2007 至 2021)國民口腔健康促進計畫

貳、目的

提升本市身心障礙者預防口腔衛生保健及牙科醫療照護。

參、實施內容

一、補助對象需符合以下資格：

- (一) 本市 64 歲以下(中)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)低收入戶原住民族身心障礙者。

二、補助額度及限制：

依年齡分為未滿 12 歲及 12-64 歲兩類：

申請者年齡		補助額度	補助限制
未滿 12 歲(中)低收入戶		22,000 元	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。
12 歲以上至 64 歲	中收入戶	22,000 元	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。
	低收入戶	44,000 元	

三、補助項目及基準

依年齡分為未滿 12 歲及 12-64 歲兩類，項目補助金額基準詳如附件 1 及附件 2。

四、本計畫合約醫療院所需符合以下資格：

- (一) 具有合格牙醫師證書、開業執照及執業執照，且為全民健康保險特約醫療院所。

(二) 5 年內未違反醫療法第 108 條之規定。

(三) 執行醫師曾接受 6 學分以上的身心障礙口腔醫療業務等相關教育訓練。

五、實施期程

(一) 申請期限：自 113 年 1 月 1 日起至 113 年 12 月 31 日。

(二) 核銷期限：自 113 年 1 月 1 日起至 113 年 12 月 31 日，如當年度經費用罄，將視預算編列情形改列入 114 年度申請案件審核。

六、作業流程(附件 3)：

(一) 符合資格之申請人持健保卡、印章、身分證影本、戶口名簿影本或戶籍謄本影本、身心障礙手冊或證明影本、當年度列冊(中)低收入戶證明影本，逕向合約醫療院所提出申請。

(二) 合約醫療院所牙醫師評估申請人需求後，提出診治計畫及相關文件送本局審核。

(三) 診治計畫經核定後，本局通知醫療院所及申請人進行活動假牙裝置。

(四) 醫療院所完成申請案件，將診治計畫完成資料及請款文件送本局審核。

(五) 請款文件經核定後，本局撥款至醫療院所。

七、合約醫療院所辦理本計畫口腔醫療照護補助案件說明：

(一) 申請階段

申請人備妥申請文件至合約醫療院所填寫申請表(附件 4)，經牙醫師評估假牙需求並擬定診治計畫書(未滿 12 歲如附件 5 或 12-64 歲，如附件 7)，**並請注意資料之書寫勿使用鉛筆**，由合約醫療院所併同治療前或裝置前口內照片(未滿 12 歲治療前，如附件 6 或 12-64 歲治療前，如附件 8)提報本局。經本局行政審通過後，本局以核定函將診治計畫檢還合約醫療院所，並同時通知申請人。

(二) 裝置階段

1. 合約醫療院所應自收到核定函之日起 6 個月內，完成活動假牙裝置，若未能於期限內進行裝置，應協助申請人填寫異動申請

單辦理展期(附件 9)，展期之期限以 3 個月為限。

2. 若裝置過程中，如因口腔狀況發生變化致補助金額改變，合約醫療院所應協助申請人填寫異動申請單說明異動內容，並重新填寫診治計畫書、裝置前口內相片提報本局審查；若口腔狀況異動未涉及補助金額改變，亦應填寫異動申請單說明異動內容，以避免裝置前審查之設計圖與後續成品不符而無法請款。
3. 申請人如因個人因素欲終止申請或轉至本市其他合約醫療院所，原合約醫療院所應填寫協助異動申請單，並連同原申請文件提報本局審核。
4. 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，本局得函文通知申請人繼續辦理假牙裝置(完成或展期)，如未於 1 個月內繼續辦理者，本局得予以結案，請申請人重新提出申請。

(三) 完成階段

1. 合約醫療院所於申請人完成裝置假牙後 1 個月內，檢附下列文件向本局辦理核銷：診治計畫書、治療前、後之口內對照相片(需能清楚呈現完成補助項目)、撥款申請書(附件 10)、領據(附件 11)、醫療院所指定金融機構之存摺封面影本。如活動假牙製作階段未拍攝排牙石膏照片，得由切結書(附件 12)代替之。
2. 合約醫療院所提供服務應包含為申請人製作及裝戴活動假牙、裝戴後至少一年調整服務，以保障服務品質。
3. 申請人如遇傷病、死亡等因素，致無法完成裝置活動假牙者，按下列製作階段，支付辦理製作假牙之醫療院所相當比率之費用：
 - (1) 牙齒骨架印模：最高補助 35%。
 - (2) 完成排牙：最高補助 70%。
 - (3) 假牙已製作完成：最高補助 80%。
4. 申請人因傷病致無法完成裝置活動假牙，且經審查小組審核通過並支付前項補助費用者，後續如有繼續完成裝置活動假牙需求，得提出相關證明文件提報本局審議小組審議，補助金額以不超過本計畫補助標準為限。

5. 申請人如遇傷病、死亡致無法完成裝置活動假牙以外之補助項目，合約醫療院所得提出相關說明及佐證資料，報請本局審議小組審議支付醫療費用。

八、申請人申請本計畫口腔醫療照護補助說明：

申請人如以詐欺、虛偽之證明、報告及其他不正當行為而申請本補助之情事，本局得廢止全部或一部之補助，涉及刑責者移送司法機關辦理。

九、成立審查小組：小組成員及申請案件相關審查原則由本局訂定。

十、成立審議小組：相關設置要點由本局訂定。

附件 1

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

項目	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。

附件 2

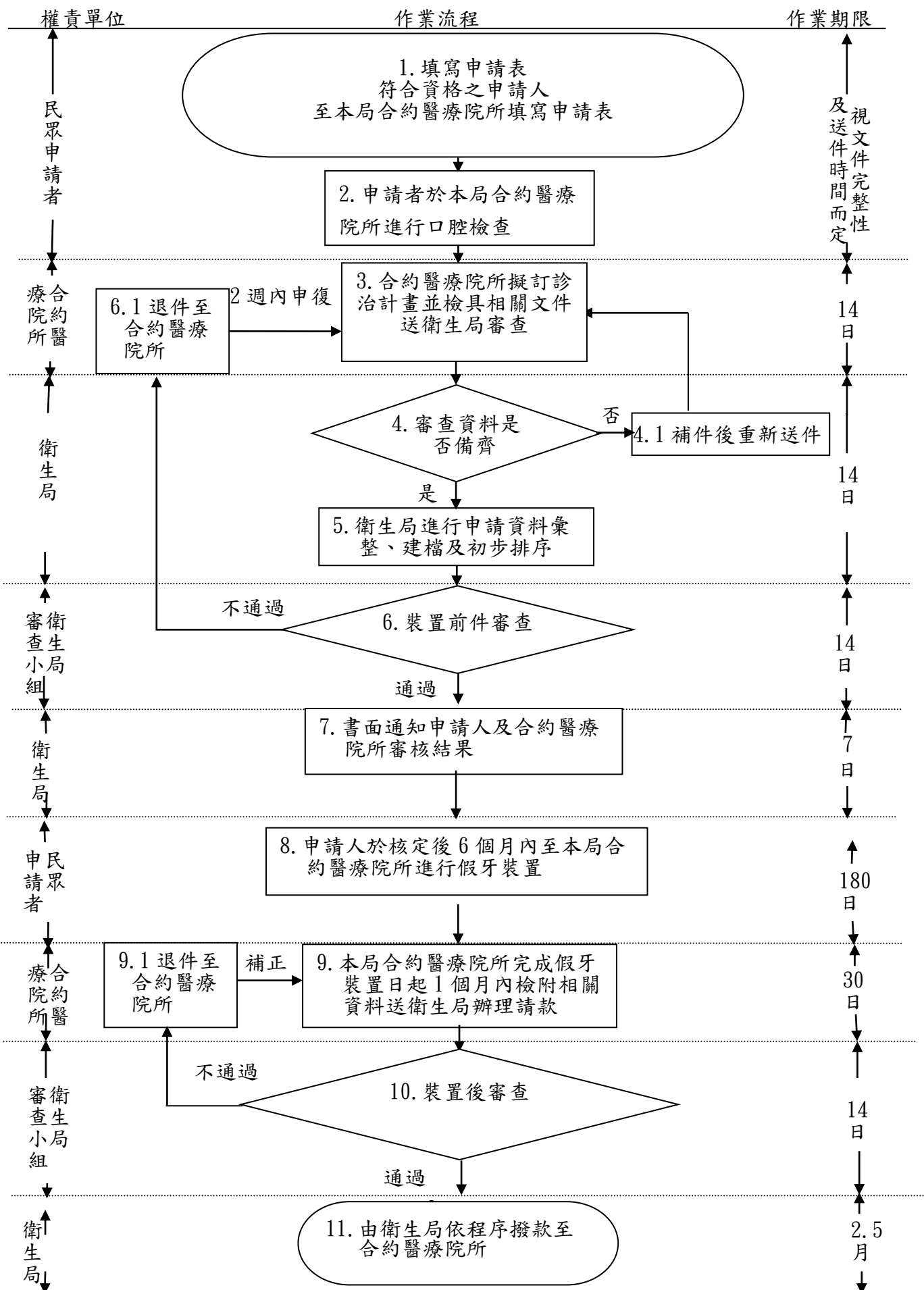
12 歲以上 64 歲以下(中)低收入戶身心障礙者
口腔醫療照護補助項目及最高補助金額一覽表

項目	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。

附件 3 桃園市政府衛生局標準作業流程圖
 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"/> 設籍桃園市且設籍 1 年以上之未滿 65 歲列冊中低收入戶。 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度					
應備文件	<input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊正反面影本 <input type="checkbox"/> 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					

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)									

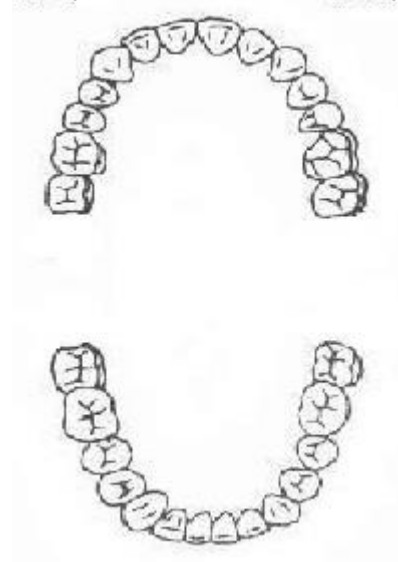
合約醫療院所名稱：_____ 負責醫師核章：_____

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	<input type="checkbox"/> 列冊中低收入戶
	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 列冊低收入戶
	身分證統一編號：		

診治計畫內容

診 治 項 目	防蛀封劑	部位：_____	<p>-----繪圖浮貼處-----</p> <p>右側 左側</p>  <p>【請在牙齒部位圖上標示】</p>
	不銹鋼牙冠	部位：_____	
	成型乳門牙透明牙套	部位：_____	
	空間維持器	<input type="checkbox"/> 單側空間維持器，部位：_____	
		<input type="checkbox"/> 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 2,000 元)

三、可補助金額：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：_____		

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：_____

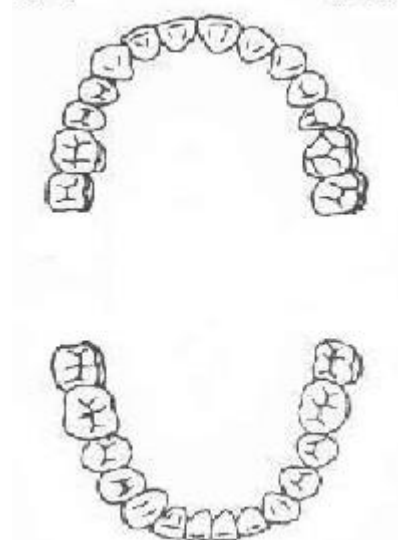
合約醫療院所地址：_____ 電話：_____

日期：_____年 _____月 _____日

就 診 者 基 本 資 料

姓名		出生日期：_____	身 分 別	<input type="checkbox"/> 列冊中低收入戶
		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 列冊低收入戶
		身分證統一編號：_____		

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 -----繪圖浮貼處----- <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 右側 左側 </div>  <p style="text-align: center;">【請在牙齒部位圖上標示】</p>					
	活 動 假 牙	<input type="checkbox"/> 上顎橫跨中線_____顆 <input type="checkbox"/> 下顎橫跨中線_____顆 *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						
	預定製作活動假牙模式	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">上 顎</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/>半口 <input type="checkbox"/>部分</td> <td rowspan="2" style="width: 5%; text-align: center; vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/>全口</td> </tr> <tr> <td>下 顎</td> <td><input type="checkbox"/>半口 <input type="checkbox"/>部分</td> </tr> </table>		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
	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							
預定製作固定假牙部位	<input type="checkbox"/> 鑄心，部位：_____ <input type="checkbox"/> 金屬鑄造冠，部位：_____ <input type="checkbox"/> 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 2,000 元，低收入戶最高申請補助 4 萬 4,000 元)

三、可補助金額：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	
	<input type="checkbox"/> 退件，理由：_____		
			_____年 _____月 _____日

*注意事項:內容若有修改處，請於該處加蓋醫師章。

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)。			
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 退件，理由：	審查委員 核章	_____年____月____日

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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證 字號	
	合約醫療院所					
	補助項目					
申請變更事項說明	<input type="checkbox"/> 口腔狀況改變，但申請項目、補助金額不變。改變之說明：_____。 _____。 <input type="checkbox"/> 申請裝置展期。原因及說明：_____。 _____。 <input type="checkbox"/> 需改變申請項目及補助金額(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：			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		單位 主管		
治療前、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 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)

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

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「113 年度桃園市 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：本契約履約期間自簽約日起至 113 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) 裝置前口內相片。

二、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、核銷方式:

乙方於申請人完成補助項目後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) 領據及撥款申請書。
- (二) 治療前、後口內對照相片且能清楚辨識完成申請補助項目。
- (三) 如申請鑄心補助，需於假牙裝置前拍攝鑄心照片或檢附得以辨識鑄心之X光照片。
- (四) 醫療費用收據。
- (五) 乙方指定之金融機構存摺封面影本。
- (六) 其他須檢附之相關證明文件。

四、乙方之服務項目，應包含本計畫活動假牙製作、裝戴及活動假牙裝置完成後 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)，保固期間，得收取掛號費及其他費用。

五、申請人於本計畫假牙裝置期間於乙方問診及調整等相關門診，得免收掛號費及其他費用；本計畫裝置前之健保治療項目，包括根管治療、假牙填補、牙周治療等，建議於假牙裝置申請案提出前完成相關診治作業。

六、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%。

七、申請人因傷病致無法完成核定之活動假牙補助項目，經甲方審核後支付前項補助費用者，如有繼續完成裝置活動假牙需求，乙方得提出相關申請文件提報甲方審核，補助金額以不超過本計畫補助金額基準為限。

八、申請人如遇傷病、死亡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。

九、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，乙方應協助提出說明，提報甲方審核；乙方已產生之相關費用依同條第6款、第7款規定辦理。

十、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，甲方得函文通知申請人繼續辦理假牙裝置(完成或展期)，如未於1個月內繼續辦理者，甲方得予以結案，請申請人重新提出申請。

第5條：乙方辦理本項補助業務，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。

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。

- 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 65 歲以上長者裝置活動假牙補助審議小組」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：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 14 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 15 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 16 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人員清冊(如附表 2)，若有異動需主動告知甲方。
- 第 17 條：乙方辦理甲方委託之業務，應注意申請及核銷辦理期程，針對自申請日起超過 1 年以上未完成案件，甲方得通知乙方限期說明或送回核銷。經通知限期說明或送回核銷仍未配合者，甲方將暫停受理乙方協助申請案之權限 3 個月，並列入續約與否參考。
- 第 18 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：

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
醫療院所執行裝置假牙醫師清冊

醫師姓名	身分證統一編號	牙醫師證照號	有效期限	執業登記地點

醫療院所章：

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人員清冊

機構名稱	負責人	人員姓名	身分證統一編號	醫事人員類別	證書字號	有效期限

醫療院所章：

負責人章：