

桃園市辦理中低收入老人裝置活動假牙補助實施計畫

- 一、目的：為保障老人口腔健康，減輕老人經濟負擔，補助老人裝置假牙，依老人福利法第 22 條規定，以維護老人生活品質與尊嚴。
- 二、主辦機關：桃園市政府社會局（以下簡稱本局）。
- 三、協辦單位：桃園市政府衛生局、桃園市牙醫師公會、桃園市各區公所。
- 四、補助對象：設籍本市年滿 65 歲以上或年滿 55 歲以上原住民，經醫師評估缺牙，影響咀嚼功能需裝置活動假牙，並符合下列條件之一者：
 - （一）列冊低收入戶、中低收入戶。
 - （二）領有中低收入老人生活津貼。
 - （三）經各級政府全額補助收容安置。
 - （四）領有身心障礙者生活補助費。
 - （五）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 50% 以上。
- 五、補助標準：
 - （一）各態樣補助金額上限，詳如附件 1。
 - （二）補助對象同一顎缺牙已取得補助者，須滿 5 年以上且經醫生評估有重新裝置必要，始得重新提出申請。但假牙維修費，不在此限。
 - （三）年度內經費用罄後不再受理申請。
- 六、實施期程：自計畫核定後至當年度 12 月 31 日止。
- 七、申請程序及應備文件：
 - （一）口腔檢查階段：
 - 1、申請流程：符合資格之申請人至本局合約醫療院所填寫申請表，並進行口腔檢查。
※有關本市合約醫療院所可至桃園市政府社會局網站查詢或至鄰近區公所洽詢。
 - 2、應備文件：
 - （1）身分證正反面影本。
 - （2）健保卡。
 - （3）印章。
 - （4）接受政府全額補助收容安置、身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助者應附低收入戶、中低收入戶或領有中低收入老人生活津貼證明。
 - 3、活動假牙維修補助：
 - （1）補助對象：原桃園市辦理中低收入老人裝置活動假牙補助，且仍具相關福利身分者。
 - （2）申請流程：申請人持前款本局之核定函，至本市境內原篩檢之合約裝置醫療院所裝置活動假牙。
 - （3）應備文件：國民身分證及健保卡。
 - （二）審核階段：合約醫療院所完成檢查後，於 14 日內將申請表、診治計畫書(一)及診治計畫書(二)提報本局，本局於彙整申請案件後，將進行初

步行政審查，確認符合申請資格後，再經本市牙醫師公會所屬醫師進行專業審核，通過後核發核定函予申請人及受理檢查之合約醫療院所。

(三)活動假牙裝置階段

- 1、申請流程：申請人持本局核定函，至原口腔檢查之合約醫療院所裝置活動假牙，申請人需於收到核定函起3個月內，至合約醫療院所裝置活動假牙，若未能於期限內進行裝置，請填寫異動申請單(附件7)。
- 2、應備文件：國民身分證、健保卡、核定函。
- 3、若裝置過程中，口腔狀況發生異動，並涉及補助金額之改變，請重新填寫診治計畫書(一)、計畫書(二)及異動申請單再送裝置前審查；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。

八、服務提供單位辦理事項：

- (一) 審查篩檢單位：由本局與本市牙醫師公會簽訂合約，委託本市牙醫師公會所屬醫師進行專業審查。
- (二) 口腔篩檢單位及活動假牙裝置(維修)單位(合約裝置醫療院所)：
 - 1、口腔篩檢單位及活動假牙裝置(維修)單位：採口腔篩檢單位與活動假牙裝置單位合一制。該單位為本市境內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院所、未曾違反醫療法第108條之規定，並與本局簽訂合約。
 - 2、服務提供應包含依審核結果為申請人製作及裝戴活動假牙、裝戴後至少1年調整服務，以保障服務品質。
 - 3、合約裝置醫療院所完成篩檢後，報送桃園市辦理中低收入老人裝置活動假牙補助申請表、診治計畫書(一)、診治計畫書(二)、裝置前口內照片予本局。
 - 4、本局於彙整申請案件後，經本局初審、本市牙醫師公會審核、本局複審後，以公文寄發審核結果予申請人、公會及受理篩檢之牙醫醫療院所。
 - 5、於申請人完成裝置假牙後1個月內檢附以下文件向本局辦理核銷：
 - (1) 核定函。
 - (2) 治療前、後之口內對照相片。
 - (3) 診治計畫書。
 - (4) 醫療費用收據正本。
 - (5) 領據。
 - (6) 院所指定之銀行或郵局之存摺封面影本。

九、申請人如遇傷病、死亡等因素，致無法完成裝置活動假牙者，經本局專案評估審核後，得依下列標準支付診治牙醫師相當比率之補助費用：

- (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%。

十、其他應注意事項：

- (一) 申請人於半年內篩檢 2 次，經審核後核定補助額度及假牙製作形式結果相同者，半年內（自第二次篩檢日起算六個月）不得重複提出申請篩檢。
- (二) 辦理審核篩檢服務相關人員，有下列各款情形之一者，應自行迴避：
 - 1、本人或其配偶、前配偶、四親等內之血親或三親等內之姻親或曾有此關係者為事件之當事人時。
 - 2、本人或其配偶、前配偶，就該事件與當事人有共同權利人或共同義務人之關係者。
 - 3、現為或曾為該事件當事人之代理人、輔佐人者。
 - 4、於該事件，曾為證人、鑑定人者。
- (三) 本局得隨時抽查假牙補助申請人、合約裝置醫療院所相關資料，申請人、合約裝置醫療院所以詐欺、虛偽之證明、報告及其他不正當行為而領取本補助款項者，由本局以書面命本人或其法定繼承人於 30 日內返還；屆期未返還者，依法移送強制執行，涉及刑責者移送司法機關辦理。

十一、預期效益：補助低收入戶、中低收入戶、領取中低收入老人生活津貼或身心障礙者生活補助之裝置假牙，保障老人健康權益，增進老人福利。

十二、本計畫所需經費由衛生福利部社會及家庭署及本局編列相關經費支應。

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	<u>上下顎全口活動假牙</u>	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/單顎	1,100 元
		假牙線(環)勾/個	1,100 元
		假牙硬式襯底/座	3,300 元

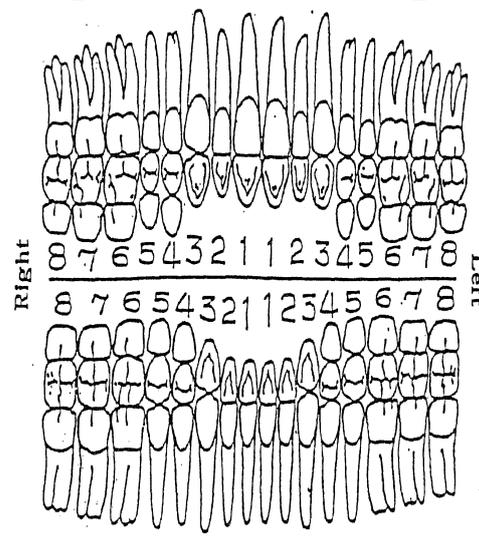
備註：

- 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。

桃園市辦理中低收入老人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
	身分證字號				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"/> 同上 <input type="checkbox"/> 另列如右：				
	福利身分	<input type="checkbox"/> 列冊低收入戶、中低收入戶 <input type="checkbox"/> 經各級政府全額補助收容安置 <input type="checkbox"/> 領有中低收入老人生活津貼 <input type="checkbox"/> 領有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 50%以上				
應備文件	<input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 印章 <input type="checkbox"/> 身分證明文件（低收入戶、中低收入戶、領取中低收入老人生活津貼或領取身心障礙者生活補助） <input type="checkbox"/> 經各級政府核定補助公文影本					
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 茲申請中低收入老人補助裝置活動假牙，已充分了解並符合本計畫申請補助對象資格規定，且補助對象同一顎缺牙已取得相同補助者，須於滿 5 年以上，經評估有重新裝置必要，始得重新提出申請。但假牙維修費不在此限。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 桃園市政府社會局</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： / /</p>					

桃園市辦理中低收入老人裝置活動假牙補助診治計畫書 (一)

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： 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 身分證字號：	身 分 別 <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) 活 動 假 牙 <input type="checkbox"/> 上顎 顆 <input type="checkbox"/> 下顎 顆 <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	繪 圖 【請在牙齒部位圖上標示】  -----假牙設計圖浮貼處-----	
一、預計診治步驟詳細說明				
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。

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 付款憑單 編號		金 額										
		億	千 萬	百 萬	十 萬	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：			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)			
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	