

原住民族委員會補助直轄市及縣(市)政府 109 年
度辦理原住民族長者裝置假牙實施計畫

計畫名稱：臺東縣政府 109 年度辦理原住民族長者裝置假牙
實施計畫

申請單位：臺東縣政府

執行期間：109 年 1 月 1 日至 109 年 12 月 31 日

中 華 民 國 1 0 9 年 5 月 1 8 日

臺東縣政府 109 年度辦理原住民族長者裝置假牙 實施計畫

壹、計畫依據

依據原住民族委員會 109 年度補助原住民族長者裝置假牙實施計畫辦理。

貳、計畫目的

- 一、增進本縣原住民族長者口腔功能健康，提升口腔保健觀念，維持其基本生活品質與尊嚴。
- 二、減輕本縣原住民族長者裝置假牙醫療費用負擔，以保障其獲得適切的服務及生活照顧，促進健康福祉。

參、辦理單位

- 一、補助機關：原住民族委員會。
- 二、辦理機關：臺東縣政府原住民族行政處。
- 三、協辦單位：臺東縣牙醫師公會。

肆、實施地區：臺東縣

伍、原住民族長者需求情形

本縣 55 歲以上設籍人數 21,995 人，依據原住民族委員會 109 年度補助各地方政府辦理原住民族長者裝置假牙實施計畫經費分配表，109 年度預估執行人數計 390 人。

陸、辦理方式（包含申請程序、申請流程圖、補助類別、單價及數量、審核及監督機制）

一、服務對象資格、申請程序、補助態樣及基準：

（一）服務對象為設籍本縣，年滿 55 歲以上原住民，並依提出申請時間分類如下：

- 1、第一類：本計畫公告後向健保特約牙科醫療院所申請裝置假牙者。
- 2、第二類：109 年 1 月 1 日起至 109 年 4 月 29 日已逕向健保特約牙科醫療院所申請裝置假牙。適用以下情形：

- (1) 原住民族委員會 109 年 4 月 29 日函頒計畫前已完成裝置假牙者。
- (2) 原住民族委員會 109 年 4 月 29 日函頒計畫前，向健保特約牙科醫療院所申請裝置假牙，但尚未完成裝置假牙。

(二) 資格限制

- 1、經醫師評估缺牙需裝置假牙，且未符合衛生福利部「中低收入老人補助裝置假牙實施計畫」服務對象，或未申請其他政府機關所辦假牙補助者。
- 2、服務對象本(109)年度同一類已取得相同補助項目者，或曾獲衛生福利部「中低收入老人補助裝置假牙實施計畫」及其他政府機關所辦假牙計畫之補助者，不得提出申請。

(三) 服務對象申請程序：

1、服務對象第一類（先審查再裝置）：

- (1) 提出申請：申請補助裝置假牙者，應攜帶健保卡向健保特約牙科醫療院所提出申請。
- (2) 口腔檢查：由健保特約牙科醫療院所進行口腔檢查服務，並協助申請者填具申請書【附表 1】後，連同診治計畫書(一)【附表 2】送本府原住民族行政處審查。
- (3) 審查作業：由本府辦理申請者資格審查作業，至涉及醫療專業部分須由本縣牙醫師公會轉請指派具合格牙醫師證書者辦理專業審查。
- (4) 裝置或維修假牙：經審核通過後，本府寄發核定公文予申請者及特約牙科醫療院所通知核定項目及金額，特約牙科醫療院所通知受補助者進行假牙裝置。
- (5) 補助請款：由特約牙科醫療院所檢具診治計畫書(二)【附表 3】及領據或印領清冊【附表

4-1、附表 4-2】向本府申領款項。

2、**服務對象第二類**：請申請者於完成裝置假牙後，檢具申請書【附表 5】、領據【附表 6】、健保特約牙科醫院(診所)開立之診斷證明、病歷表、戶籍謄本、匯款帳戶影本，逕送**本府縣民服務中心(台東市博愛路 275 號)**，再由本府原住民族行政處辦理審查及補助款撥付事宜。

(四) 申請流程圖：

1、服務對象為第一類：請參閱【附表 7】。

2、服務對象為第二類：請參閱【附表 8】。

(五) **每月召開專業審查會議**，依補助態樣及裝置假牙類別之**優先順序**辦理審查，順序如下：

1、上、下顎全口活動假牙

2、上顎全口活動假牙

3、下顎全口活動假牙

4、上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙。

5、下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙。

6、上、下顎部分活動假牙

7、上顎部分活動假牙

8、下顎部分活動假牙

9、固定式假牙(指牙冠或牙橋)

10、活動假牙維修費

(六) 補助基準：如【附表 9】、【附表 10】；製作假牙費用若超過本計畫各類補助態樣最高補助金額，**由民眾自行負擔**。

柒、服務品質監督及調處機制

一、品質監督：服務對象假牙裝置完成後 6 個月內進行滿意度問卷調查，以瞭解其接受補助裝置假牙後滿意情形。

二、調處機制：有關申請或裝置假牙所涉爭議情事，由本縣牙醫師公會召開醫療爭議小組會議進行調處。

三、服務對象有填報不實、隱匿事實、溢領補助或違反相關法令情事者，其所領取之補助，由本府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。

捌、預期效益

- 一、量化效益：補助本縣 55 歲以上原住民族長者裝置假牙，受益人次約 390 人。
- 二、質化效益：促進本縣原住民族長者口腔衛生保健，恢復牙齒咀嚼功能，減少醫療費支出，提升長者生心理健康，強化社會參與，提升生活品質。

原住民族委員會補助原住民族長者裝置假牙申請表

收件日期： 年 月 日

申請人基本資料 【第一類】	姓名	性別	出生日期	年	月	日
		身分證字號		族別		
	電話		手機			
	戶籍地址					
	居住地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 另列如右：				

本人_____茲申請「補助原住民族長者裝置假牙實施計畫」，已充分了解並符合本計畫申請補助對象資格規定，且 109 年度同一類未曾取得相同補助項目或其他政府機關所辦假牙計畫之補助。

本人上述所填各項資料均完全屬實，並同意提供貴府查詢確認本人身分使用；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)

此致 臺東縣政府

申請人(代理人)簽章：_____

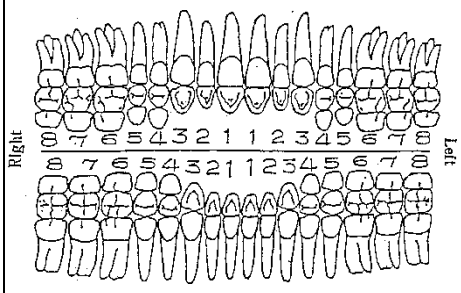
申請日期： 年 月 日

附表 2

原住民族委員會補助原住民族長者裝置假牙診治計畫書(一)

醫療院所代碼：_____ 醫療院所名稱：_____

醫療院所地址：_____

填表日期： 年 月 日		就 診 者		基 本 資 料	
姓 名	出生日期： 年 月 日		緊急	姓名	
	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		聯絡人	電話	
身分證字號：				手機	
地址					
診 治 計 畫 內 容					
評估項目	<input type="checkbox"/> 第一次裝置假牙 <input type="checkbox"/> 舊假牙已不堪使用 <input type="checkbox"/> 舊假牙堪用				
診治項目	補助態樣				單價
	<input type="checkbox"/> 上、下顎全口活動假牙				
	<input type="checkbox"/> 上顎全口活動假牙				
	<input type="checkbox"/> 下顎全口活動假牙				
	<input type="checkbox"/> 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙				
	<input type="checkbox"/> 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙				
	<input type="checkbox"/> 上、下顎部分活動假牙				
	<input type="checkbox"/> 上顎部分活動假牙				
	<input type="checkbox"/> 下顎部分活動假牙				
	<input type="checkbox"/> 固定式假牙(指牙冠或牙橋)_____顆(至多 10 顆)				
活動假牙維修費	<input type="checkbox"/> 假牙破裂維修費/單顆				
	<input type="checkbox"/> 假牙添加費/單顆				
	<input type="checkbox"/> 假牙線勾/個				
	<input type="checkbox"/> 假牙硬式襯底/座				
合計預估經費					
預計診治步驟詳細說明				繪圖(缺牙處請打X)	
					

負責診治 醫師簽章		醫療院所 蓋章		就診者 同意簽章	(簽名或蓋章或捺指印)
牙醫師公會 審核	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 退件(原因:)		(審核之牙醫師簽名)	(公會章)	
臺東縣政府 審核	<input type="checkbox"/> 通過。 核復公文 年 月 日○○○字第 號函 <input type="checkbox"/> 退件(原因:) 核復公文 年 月 日○○○字第 號函		臺東縣政府 核 章		

注意事項：

- 甲、受理申請案時，應檢具本診治計畫書(一)及申請書以掛號郵寄或親送至本府申請。
- 乙、申請案審核通過後，由本府以公文通知特約牙科醫療院所及民眾就診，始可辦理假牙之製作及裝置作業。
- 丙、提供之服務應包含假牙製作及裝戴、裝戴後至少一年調整服務，以保障服務品質；本計畫服務對象第二類不包含此項服務。
- 丁、執行本計畫假牙裝置所涉爭議情事，請服務對象第一類與特約牙科醫療院所雙方應檢具相關事證送本府調處。
- 戊、服務對象第一類如遇傷病、死亡等因素，致無法繼續完成裝置活動假牙，本府得按假牙製作階段支付服務提供單位核定補助經費之比率：

補助態樣	按製作階段及核定補助經費比率
活動假牙	牙齒骨架印模：30% 完成排牙：70% 已製作完成：80%
固定式假牙	牙齒取模：35% 已製作完成：80%

- 己、申請本假牙補助案件，超出補助費用部分，由民眾自行負擔。

原住民族委員會補助原住民族長者裝置假牙診治計畫書(二)

醫療院所代碼：_____ 醫療院所名稱：_____

醫療院所地址：_____

裝置假牙前(術前)照片粘貼欄-

- 1、患者口內上、下顎照片各 1 張
- 2、咬合面照 1 張
- 3、口外照片全臉 1 張

(可採數位照片或列印，全彩清楚明確可辨認)

裝置假牙後(術後)照片粘貼欄-

- 1、取模後上、下顎石膏正面照片各 1 張
- 2、蠟體及排牙完成後，需上咬合器，正面正常咬合照片 1 張
- 3、活動假牙照片：上、下顎正面照片各 1 張
- 4、口外照片：全臉正常咬合正面照片 1 張

(可採數位照片或列印，全彩清楚明確可辨認)

受理醫師核章		完成後 就診者簽章	
醫療院所實際完成日	年 月 日		
醫療院所 申請補助金額	新台幣 元	臺東縣政府核 定 文 號	核復公文 年 月 日○○○字第 號函

領 據

茲收到 臺東縣政府 撥付本院所為原住民族長者
(身分證字號：) 製作假牙費用，
補助態樣如下：

- 上、下顎全口活動假牙
- 上顎全口活動假牙
- 下顎全口活動假牙
- 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙
- 下顎全口活動假牙，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
- 固定式假牙_____顆(指牙冠或牙橋)
- 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

裝置費用及維修費用，計新臺幣 萬 仟 佰 拾 元 整，
實屬無訛。

此致

臺東縣政府

院所名稱： (簽章)

負責人： (簽章)

院所統一編號：

地址：

電話：

匯款銀行：

匯款帳戶：

匯款帳號：

中 華 民 國 年 月 日

附表 4-2

原住民族委員會補助原住民族長者裝置假牙印領清冊

編號	申請者姓名	出生日期	身分證 字號	電話	地址	補助態樣	核定經費	核定文號
合計							新臺幣	元

院所名稱： (簽章)

負責人： (簽章)

院所統一編號：

地址：

電話：

匯款銀行：

匯款帳戶：

匯款帳號：

原住民族委員會補助原住民族長者裝置假牙申請表

收件日期： 年 月 日

申請人基本資料 【第二類】	姓名	性別	出生日期	年	月	日
		身分證字號			族別	
	電話		手機			
	戶籍地址					
	居住地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 另列如右：				
應備文件	<input type="checkbox"/> 領據 <input type="checkbox"/> 牙科醫院(診所)開立之診斷證明 <input type="checkbox"/> 病歷表 <input type="checkbox"/> 戶籍謄本 <input type="checkbox"/> 匯款帳戶影本					

本人_____茲申請「補助原住民族長者裝置假牙實施計畫」，已充分了解並符合本計畫申請補助對象資格規定，且 **109 年度** 同一類未曾取得相同補助項目或其他政府機關所辦假牙計畫之補助。

本人上述所填各項資料均完全屬實，並同意提供貴府查詢確認本人身分使用；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)

此致 臺東縣政府

申請人(代理人)簽章：_____

申請日期： 年 月 日

領款收據

茲收到 臺東縣政府撥付補助原住民族長者裝置假牙費用，補助態樣如下：

- 上、下顎全口活動假牙
- 上顎全口活動假牙
- 下顎全口活動假牙
- 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙
- 下顎全口活動假牙，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
- 固定式假牙_____顆(指牙冠或牙橋)
- 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

裝置費用及維修費用，計新臺幣 萬 仟 佰 拾 元 整，實屬無訛。

此致

臺東縣政府

具領人(簽章)：

戶籍地址：

身分證字號：

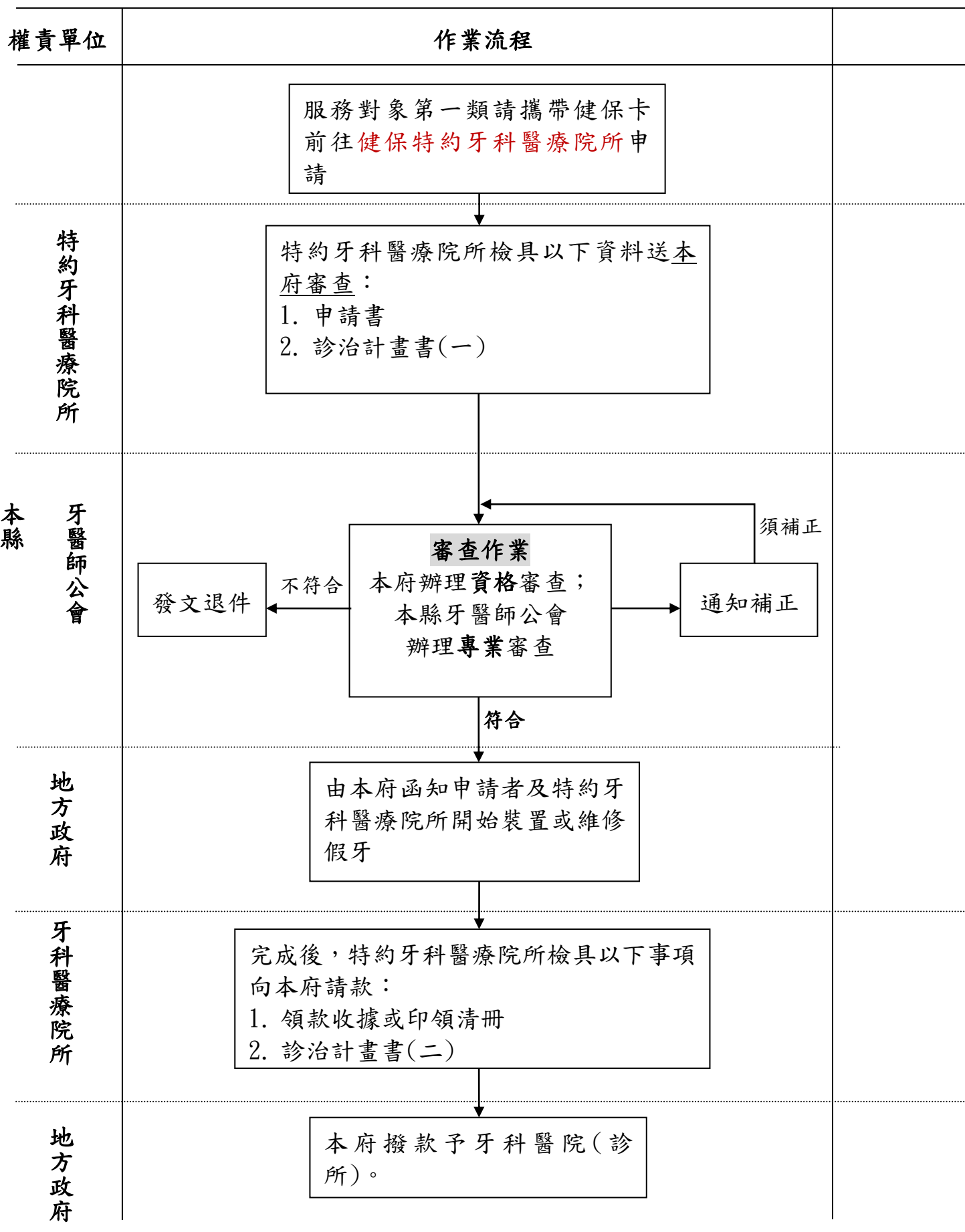
匯款銀行：

匯款帳戶：

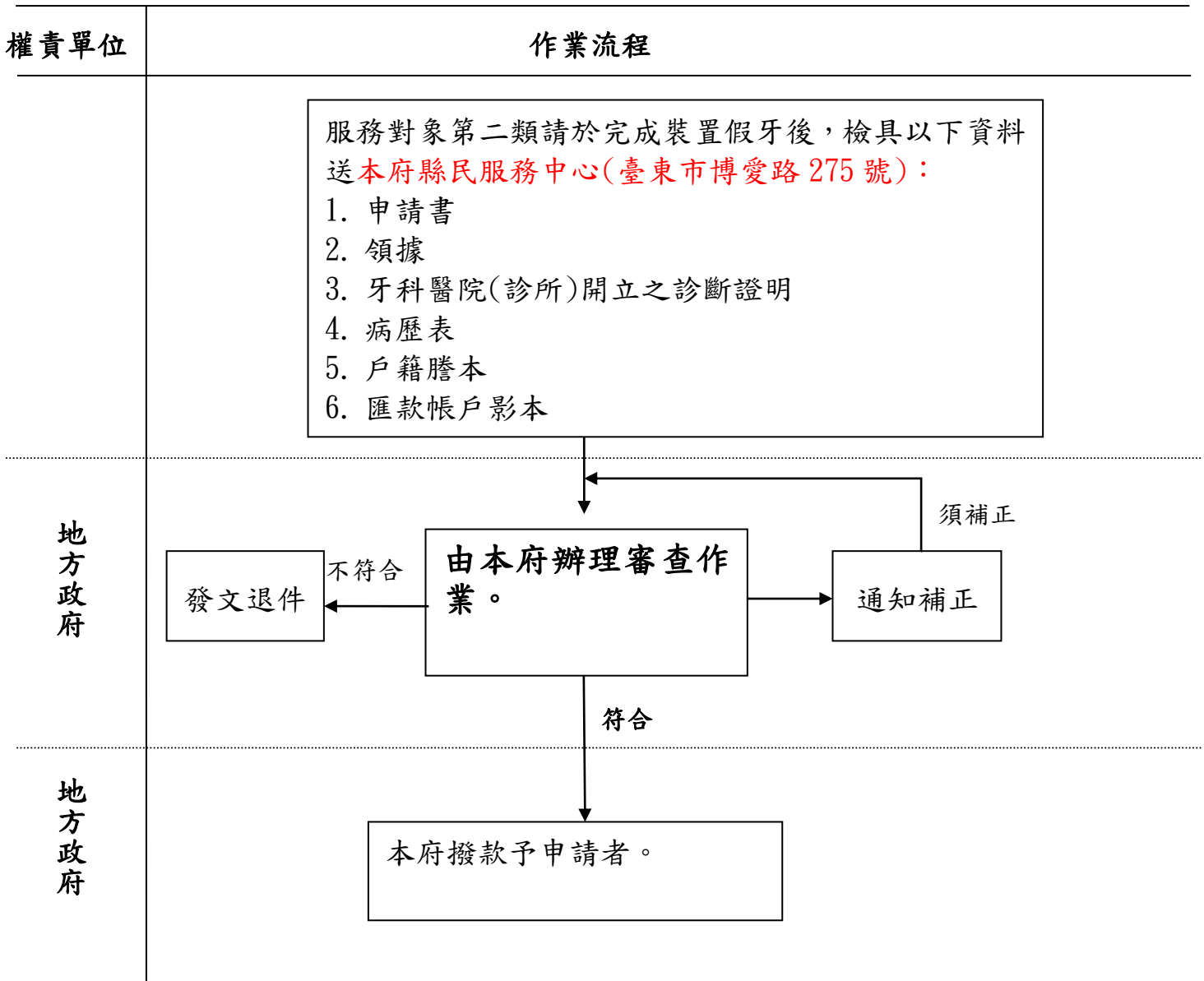
匯款帳號：

中 華 民 國 年 月 日

原住民族長者裝置假牙申請流程



原住民族長者裝置假牙申請流程



附表 9

補助基準一

補助項目	補助態樣	每年最高補助金額
1	上、下顎全口活動假牙	3 萬元
2	上顎全口活動假牙	1 萬 5,000 元
3	下顎全口活動假牙	1 萬 5,000 元
4	上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙	2 萬 5,000 元
5	下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙	2 萬 5,000 元
6	上、下顎部分活動假牙	2 萬元
7	上顎部分活動假牙	1 萬元
8	下顎部分活動假牙	1 萬元
9	固定式假牙(指牙冠或牙橋，至多 10 顆)	3,000 元/顆， 最高補助 3 萬元
10	活動假牙維修費(如附表 10-補助基準二)	3,000 元
<p>備註： 每名服務對象每年最高補助金額為 3 萬元。舉例：核定補助上顎全口假牙計 1 萬 5,000 元，固定式假牙至多僅能補助 5 顆計 1 萬 5,000 元。</p>		

附表 10

補助基準二

補助項目	補助態樣	補助金額	每年最高補助 金額/新臺幣
1	假牙破裂維修費/單顆	500 元	3,000 元
2	假牙添加費/單顆	500 元	
3	假牙線勾/個	500 元	
4	假牙硬式襯底/座	1,500 元	