

花蓮縣中低收入老人補助活動假牙維修費用計畫書

篩檢 單位 基本 資料	單位名稱	聯絡電話	
	負責人姓名	傳真號碼	
	住址		
就診 者基 本資 料	姓名	<input type="checkbox"/> 年滿 55 歲至 64 歲原住民 <input type="checkbox"/> 年滿 65 歲以上老人之福利身分別(附公所證明書)	
	身分證字號		
	出生日期	<input type="checkbox"/> 低收入戶、中低收入戶	
	聯絡電話	<input type="checkbox"/> 領有中低收入老人生活津貼者	
	地 址	<input type="checkbox"/> 領有身心障礙者生活補助費	
	就診者簽名	<input type="checkbox"/> 年歲政府全額公費安置者	
就診日期	年 月 日	<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五十以上	
是否為原住民身分： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			

申請補助項目		補助上限
診 治 計 畫 內 容	<input type="checkbox"/> 添加單顆假牙，申請_____顆 申請牙位：_____	1,100 元/單顆
	<input type="checkbox"/> 上顎假牙破裂維修 <input type="checkbox"/> 下顎假牙破裂維修	1,100 元/單顆
	<input type="checkbox"/> 假牙線勾維修、增加，申請_____個 申請牙位：_____	1,100 元/個
	<input type="checkbox"/> 上顎假牙硬式襯底 <input type="checkbox"/> 下顎假牙硬式襯底	3,300 元/座
*活動假牙維修費用，每年最高補助新台幣 6,600 元整。		
醫師簽章：		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">請加蓋 單位印信</div>
單位簽章	承辦人	會計
		負責人

※此表請加蓋單位印信。

花蓮縣政府審核	<input type="checkbox"/> 通過		
小組審核結果	<input type="checkbox"/> 退件，原因：		
社會處核章	承辦人：	科長：	處長：

花蓮縣中低收入老人裝置假牙補助計畫身分證影本粘貼用紙

身分證正面影本黏貼處

身分證反面影本黏貼處

花蓮縣中低收入老人補助活動假牙維修費用申請書

裝置 單位 基本 資料	單位名稱	聯絡電話	
	負責人姓名	傳真號碼	
	住址		
就診 者基 本資 料	姓名	<input type="checkbox"/> 年滿 55 歲至 64 歲原住民	
	身分證字號	<input type="checkbox"/> 年滿 65 歲以上老人之福利身分別(附 公所證明書)	
	出生日期	<input type="checkbox"/> 低收入戶、中低收入戶	
	聯絡電話	<input type="checkbox"/> 領有中低收入老人生活津貼者	
	住址	<input type="checkbox"/> 領有身心障礙者生活補助費	
	就診者簽名	<input type="checkbox"/> 年歲政府全額公費安置者	
裝置日期	年 月 日	<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五十以上	

裝 置 內 容	依篩檢計畫核定裝置項目		補助上限
	<input type="checkbox"/> 添加單顆假牙，申請_____顆 申請牙位：_____		1,100 元/單顆
	<input type="checkbox"/> 上顎假牙破裂維修	<input type="checkbox"/> 下顎假牙破裂維修	1,100 元/單顆
	<input type="checkbox"/> 假牙線勾維修、增加，申請_____個 申請牙位：_____		1,100 元/個
	<input type="checkbox"/> 上顎假牙硬式襯底	<input type="checkbox"/> 下顎假牙硬式襯底	3,300 元/座
*活動假牙維修費用，每年最高補助新台幣 6,600 元整。			
醫師簽章			請加蓋 單位印信
申請補助金額	新台幣 仟 佰元整。(篩檢診治核定金額、大寫)		
單位簽章	經手人	會計	負責人

※此表請加蓋單位印信。

花蓮縣政府 審核結果	<input type="checkbox"/> 通過，同意補助新台幣 仟 佰元整。 <input type="checkbox"/> 退件，原因：		
社會處核章	承辦人	科長	處長

附件 D

花蓮縣中低收入老人活動假牙維修費用補助
相片(彩色)粘貼用紙

就診者姓名：

裝置日期：_____年_____月_____日

活動假牙修復前相片粘貼處(3*5)

活動假牙修復後相片粘貼處(3*5)

※ 請就診者確認後簽名。

就診者簽名：_____

收 據

茲收到花蓮縣政府中低收入老人活動假牙維修補助款，計新臺幣 _____元整，謹此立據以茲證明。

(中文大寫)

請貼印花

立據醫事機構(全銜)：

(務必要填)

統一編號：

撥款帳戶：銀行：_____銀行(_____分行)

帳號：_____

戶名：_____

負責人核章：

會計核章：

出納核章：

聯絡電話：

住址：

單位全銜印信

中 華 民 國

年

月

日

請黏貼銀行存簿影本