

花蓮縣政府辦理115年度
「花蓮縣中低收入老人補助裝置假牙實施計畫」契約書

115年1月20日修訂

花蓮縣政府(以下簡稱甲方)委託_____ (以下簡稱乙方)辦理「花蓮縣中低收入老人補助裝置假牙補助計畫」有關事宜，經雙方同意訂定契約條款如下：

第一條 乙方接受甲方委託辦理之業務，其補助對象為**年滿65歲以上老人或年滿55歲以上原住民**，設籍本縣，經醫師評估缺牙需裝置活動假牙，並符合下列條件之一者：

- 1、具低收入戶、中低收入戶資格。
- 2、領有中低收入老人生活津貼。
- 3、領有身心障礙者生活補助費。
- 4、經各級政府全額補助收容安置。
- 5、經各級政府補助身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助達百分之五十以上。

服務對象獲本計畫補助，5年內最高補助金額不得逾新臺幣4萬4,000元(假牙維修不在此限)。

服務對象同一顎或同一牙位已取得相同補助項目者，須於年滿五年以上，經評估有重新裝置之必要，始得重新提出申請。但假牙維修費不在此限。

乙方應依甲方訂定之「花蓮縣中低收入老人補助裝置假牙實施計畫」提供相關服務。

第二條 服務項目：

- 一、口腔篩檢服務
- 二、假牙製作及裝戴服務。(活動假牙製作每一顎缺牙應至少3顆以上或同一顎連續缺牙兩顆大白齒並經審核小組認定確有必要裝置)
- 三、裝戴假牙後至少一年調整服務。(排除意外、人為外力或自然牙損壞導致假牙無法裝戴)
- 四、活動假牙維修服務。
- 五、口腔保健諮詢服務。

第三條 委託期間自民國115年2月1日至民國115年12月31日止。

第四條 甲方應依計畫所訂標準核實給付乙方費用，依所得稅法第十四條第三類規定該筆款項係屬執行業務所得，並依各類所得扣繳率標準第二條第三項第八款規定應先預扣百分之十所得稅。有關經費之收支，乙方應按一般會計公認原則及稅法規定辦理。

第五條 乙方於委託期間所用之經費如係為政府補助款者，應依甲方會計程序有關規定，按時辦理核銷手續。

第六條 乙方對於其服務之民眾資料有保密之義務，非經民眾本人或其法定代理人或甲方同意，不得將之提供第三人或對外公開。如有不當洩密情事，甲方得終止契約，並就所生之損害向乙方求償。

第七條 有下列情事之一者，雙方得於情事發生後10日內以書面提出變更契約之請求：

- 一、法令政策有變更者。
- 二、服務需求變更者。
- 三、其他不可抗力之相關因素影響契約之執行者。

於前項變更契約之請求送達他方後，被請求之一方應於10日內以書面答覆；屆期未答覆者，他方得終止契約。

第八條 乙方有下列情形之一者，經甲方通知限期改善，屆期不改善時，甲方得終止或解除契約，乙方不得提出任何異議或要求補償。

- 一、規避、妨礙、拖延或拒絕甲方查核，或對業務、財務為不實之陳報者。
- 二、違反本契約之約定者。
- 三、違反社會工作專業倫理守則者。

第九條 若遇申請人因傷病、死亡等因素，致無法繼續完成裝置活動假牙，乙方得按假牙製作階段備齊申請資料，依核銷程序向甲方申請補助經費，經本府專案審核後，得依下列標準支付特約醫療院所相當比率費用：

- 一、活動假牙
 1. 牙齒骨架印模階段：最高補助35%。
 2. 完成排牙階段：最高補助70%。
 3. 已製作完成階段：最高補助80%。
- 二、固定式假牙
 1. 牙齒取模：最高補助35%

2. 已製作完成：最高補助80%

第十條 為維護申請人假牙裝置品質，乙方辦理假牙裝置業務所使用之假牙材質應有衛生福利部核發之效期內醫療器材許可證，其送製假牙之牙體技術師，亦應符合牙體技術師法相關規範。乙方應填列本契約之執行裝置假牙合作牙體技術師清冊，若有異動應以書面通知或正式函文等方式主動告知甲方。

第十一條 本契約附件效力與本契約同。雙方同意有關本契約所生之爭議，應先以協議方式解決。經雙方代表人或其代理人簽署契約正本2份，雙方各執1份。

立 約 人：

甲 方：花蓮縣政府
代 表 人：徐榛蔚
住 址：花蓮市府前路十七號
統一編號：94504503
電 話：(03)8227171

乙 方：
代 表 人：
住 址：
統一編號：
電 話：

中華民國115年 月 日

花蓮縣中低收入老人口腔篩檢診治計畫書

114年11月28日修訂

篩檢單位基本資料	單位名稱	聯絡電話
	住址	
就診者基本資料	姓名	<input type="checkbox"/> 年滿55歲以上原住民 <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：是 否 (請務必確認)

診治計畫內容	申請補助項目	補助上限
		<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。	22,000
	<input type="checkbox"/> 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙。	39,000
	<input type="checkbox"/> 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙。	39,000
	<input type="checkbox"/> 上顎部分活動假牙。 <input type="checkbox"/> 下顎部分活動假牙。	17,000
	<input type="checkbox"/> 上、下顎部分活動假牙。	34,000
	<input type="checkbox"/> 固定式假牙(指牙冠或牙橋)4,400元/*_____顆(當年至多補助10顆)	44,000
	假牙維修： <input type="checkbox"/> 破裂維修(1,100元/單顎) <input type="checkbox"/> 假牙添加(1,100元/單顎) <input type="checkbox"/> 假牙線勾(1,100元/個) <input type="checkbox"/> 假牙硬式襯底(3,300元/座)	6,600
	就診者口內狀態： _____ A：剩餘牙齒	需拔牙： _____ B：製作假牙
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">請加蓋單位印信</div>	
	醫師簽章：	
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黏貼用紙

身分證正面影本黏貼處

身分證反面影本黏貼處

附件二-1

申請固定假牙需附術前根尖片或環口 X 光影像，活動假牙免附。

固定假牙 X 光影像

花蓮縣中低收入老人補助裝置假牙費用申請書

114年11月28日修訂

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			
	身分證字號			
	出生日期			
	就診者簽名		裝置日期	年 月 日

	依篩檢計畫核定裝置項目	補助上限											
裝 置 內 容	<input type="checkbox"/> 上下顎全口活動假牙。	44,000											
	<input type="checkbox"/> 上顎全口活動假牙。 <input type="checkbox"/> 下顎全口活動假牙。	22,000											
	<input type="checkbox"/> 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙。	39,000											
	<input type="checkbox"/> 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙。	39,000											
	<input type="checkbox"/> 上顎部分活動假牙。 <input type="checkbox"/> 下顎部分活動假牙。	17,000											
	<input type="checkbox"/> 上、下顎部分活動假牙。	34,000											
	<input type="checkbox"/> 固定式假牙(指牙冠或牙橋)4,400元/*_____顆(當年至多補助10顆)。	44,000											
	假牙維修： <input type="checkbox"/> 破裂維修(1,100元/單顎) <input type="checkbox"/> 假牙添加(1,100元/單顎) <input type="checkbox"/> 假牙線勾(1,100元/個) <input type="checkbox"/> 假牙硬式襯底(3,300元/座)	6,600											
	就診者口內狀態： 需拔牙： <table style="width: 100%; height: 100px; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%; height: 50px;"> </td><td style="width: 50%; height: 50px;"> </td></tr> <tr><td style="width: 50%; height: 50px;"> </td><td style="width: 50%; height: 50px;"> </td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%; height: 50px;"> </td><td style="width: 50%; height: 50px;"> </td></tr> <tr><td style="width: 50%; height: 50px;"> </td><td style="width: 50%; height: 50px;"> </td></tr> </table> </td> </tr> </table>		<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%; height: 50px;"> </td><td style="width: 50%; height: 50px;"> </td></tr> <tr><td style="width: 50%; height: 50px;"> </td><td style="width: 50%; height: 50px;"> </td></tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%; height: 50px;"> </td><td style="width: 50%; height: 50px;"> </td></tr> <tr><td style="width: 50%; height: 50px;"> </td><td style="width: 50%; height: 50px;"> </td></tr> </table>					<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">請加蓋 單位印信</div> <p style="text-align: center;">醫師簽章：</p>
	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%; height: 50px;"> </td><td style="width: 50%; height: 50px;"> </td></tr> <tr><td style="width: 50%; height: 50px;"> </td><td style="width: 50%; height: 50px;"> </td></tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%; height: 50px;"> </td><td style="width: 50%; height: 50px;"> </td></tr> <tr><td style="width: 50%; height: 50px;"> </td><td style="width: 50%; height: 50px;"> </td></tr> </table>							
申請補助金額	新台幣 萬 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 萬 仟 佰元整。 <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相片粘貼用紙

就診者姓名：

裝置日期：____年____月____日

石膏模型相片粘貼處(3*5)

完成假牙相片粘貼處(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_____君裝置假牙補助款，
計新台幣_____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(_____分行) 代碼(7碼)：_____

帳號：

戶名：

負責人核章：

會計核章：

出納核章：

聯絡電話：

住址：

中華民國 年 月 日

單位全銜印信

請黏貼銀行存簿影本

花蓮縣中低收入老人裝置假牙補助計畫 固定假牙補助差額同意書

茲因本人_____於_____醫療院所接受固定假牙裝置治療，經醫師評估後，產生之費用差額需由本人自行負擔。

依據花蓮縣政府「中低收入老人裝置假牙補助計畫」相關規定，本人已知悉補助上限為每顆新台幣4,400元，最多補助10顆，超出部分將由本人自費負擔。

茲詳列如下：

單位：元

固定假牙材質：	項目	顆數 (A)	單價 (B)	總價 (C) =A*B
	實際施作(C1)			
	申請補助(C2)			
	自費差額 D=C1-C2			

本人已明確了解上列牙材內容、補助金額與自費差額，並同意自行負擔補助以外之費用。

立同意書人：_____（簽章）

身分證字號：_____

聯絡電話：_____

就醫醫療院所：_____

診療牙醫師：_____（簽章）

立書日期：中華民國____年____月____日

備註：

本同意書請由服務對象本人或其代理人簽署確認，並作為申請補助之附件。

醫療院所應提供診療明細與補助金額計算基礎。

本表經雙方簽署後，請影印存查。

花蓮縣中低收入老人裝置假牙補助計畫 裝置假牙後續調整通知單

您好：

感謝您參與本縣中低收入戶老人裝置假牙補助計畫(以下稱本計畫)，為確保裝置後假牙使用舒適與功能正常，有關假牙裝置後的「調整權益」與「服務方式」，說明如下：

一、調整服務權益

依本計畫規定，裝置假牙後一年內，若出現配戴不適、鬆動、磨損等情形，您可至原裝置假牙診所回診接受免費調整服務，裝置期間如有損壞也可申請假牙維修補助，以確保配戴品質與使用舒適。

二、常見可調整情形

- 假牙配戴後疼痛、咬合不正
- 假牙容易脫落或鬆動
- 進食不便、講話發音困難
- 假牙磨損或局部斷裂（非人為破壞）

三、假牙維修費用(每年最高補助6,600元)

補助態樣	補助金額
假牙破裂維修費/單顆	1,100元
假牙添加費/單顆	1,100元
假牙線勾/個	1,100元
假牙硬式襯底/座	3,300元

四、回診方式與聯絡資訊

如有不適，請儘速與本診所聯繫預約調整時間，將為您安排回診檢查與處理。

診所名稱：_____

聯絡電話：_____

服務時間：_____

花蓮縣中低收入老人裝置假牙補助計畫
 合約醫療院所執行裝置假牙之 牙體技術師清冊

牙體技術師姓名：	執業執照影本
證書字號：	
牙體技術所名稱：	
牙體技術所電話：	

牙體技術師姓名：	執業執照影本
證書字號：	
牙體技術所名稱：	
牙體技術所電話：	

牙體技術師姓名：	執業執照影本
證書字號：	
牙體技術所名稱：	
牙體技術所電話：	

(本表不敷使用請自行加印)