

65歲以上長者假牙補助申請暨診治計畫書

醫療院所名稱		○○牙醫診所		醫療院所電話		03-8221234	
醫療院所地址		花蓮市○○路○○號					
申請者資料	姓名	陳筱玲	聯絡電話	0900-123456	原民身分	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	
	年齡	73	通訊地址	花蓮縣花蓮市府前路100號			
	第一類： <input checked="" type="checkbox"/> 一般長者 第二類： <input type="checkbox"/> 低收 <input type="checkbox"/> 中低收 <input type="checkbox"/> 領有中低收入老人生活津貼 <input type="checkbox"/> 領有身障生活補助 <input type="checkbox"/> 公費安置 <input type="checkbox"/> 日間照顧住宿補助費用達百分之五十以上						



診治計畫內容

缺牙部位		計畫拔牙部位		計畫磨平部位		★計畫製作假牙部位	
1234567	12 67					1234567	12 67
67	67		5			67	5 67

假牙補助態樣	第一類(一般長者)	第二類(福利身分)	假牙維修
	<input type="checkbox"/> 上顎全口(\$25,000) <input checked="" type="checkbox"/> 上顎部分(\$20,000) <input type="checkbox"/> 下顎全口(\$25,000) <input type="checkbox"/> 下顎部分(\$20,000) <input checked="" type="checkbox"/> 固定假牙 5 顆 (5,000/顆)	<input type="checkbox"/> 上顎全口(\$27,500) <input type="checkbox"/> 上顎部分(\$22,500) <input type="checkbox"/> 下顎全口(\$27,500) <input type="checkbox"/> 下顎部分(\$22,500) <input type="checkbox"/> 固定假牙 顆 (5,500/顆)	

★申請補助費用合計：\$ 45,000 元

醫療院所協助申請計畫補助，即視為已詳閱並同意依本計畫相關規定辦理

醫師簽章：○○○ 醫師

看診時間：115年4月21日

牙醫診所

新件申請應備文件

- 一般身分-申請人戶籍謄本
- 中低身分-申請人福利證明
- 術前照片
- 登打通報單(掃Qrcode) →

核銷費用

- 審核通過之診治計畫書
- 術後照片
- 收據(2人以上需含清冊)與存摺影本

社會處初審資格	<input type="checkbox"/> 通過/退件 <input type="checkbox"/> 設籍資格不符 <input type="checkbox"/> 身分為一般原民身分 <input type="checkbox"/> 年齡不符 <input type="checkbox"/> 5年內重複申請 <input type="checkbox"/> 資料不齊全 <input type="checkbox"/> 其他原因：	承辦人核章
---------	--	-------

長者假牙補助計畫說明

- 本人(或家屬)了解口腔狀況需經醫師評估，牙齒如果還有殘根需要拔牙或需要治療牙周病及蛀牙時，醫師需先完成治療項目如根管治療、蛀牙填補、牙周病等療程後，讓口腔達最佳狀態，再由醫療院所協助申請假牙補助，可以延長假牙使用期限。
- 本人(或家屬)已充分了解製作活動假牙至少需要2次取模，完成裝置後，一開始可能會感到不舒服，需要一段時間適應與調整，通常會隨使用時間逐漸改善。院所於裝戴假牙後提供一年之調整服務，以協助改善配戴之舒適度與功能。
- 本人(或家屬)已知悉不得重複申請其他假牙補助；如經查證有重複請領情事，願無條件繳回全部補助款。
- 本人(或家屬)了解如申請人持有福利證明(第二類)身分，除固定假牙之外，活動假牙無須負擔自費差額。

如果您理解以上說明，請在打勾並簽名喔！

簽名 陳筱玲

個人資料同意書

本人同意花蓮縣政府社會處因辦理「65歲以上老人補助裝置假牙實施計畫」之需要，蒐集、處理及利用本人之個人資料，作為資格審查、補助核定、經費核銷、施政統計及滿意度調查等相關行政作業之用。本人瞭解所提供之個人資料均完全屬實，僅於本計畫業務範圍內使用。非經本人同意或依法令規定，不得作為其他用途。本人已詳閱上述內容，並同意提供個人資料。

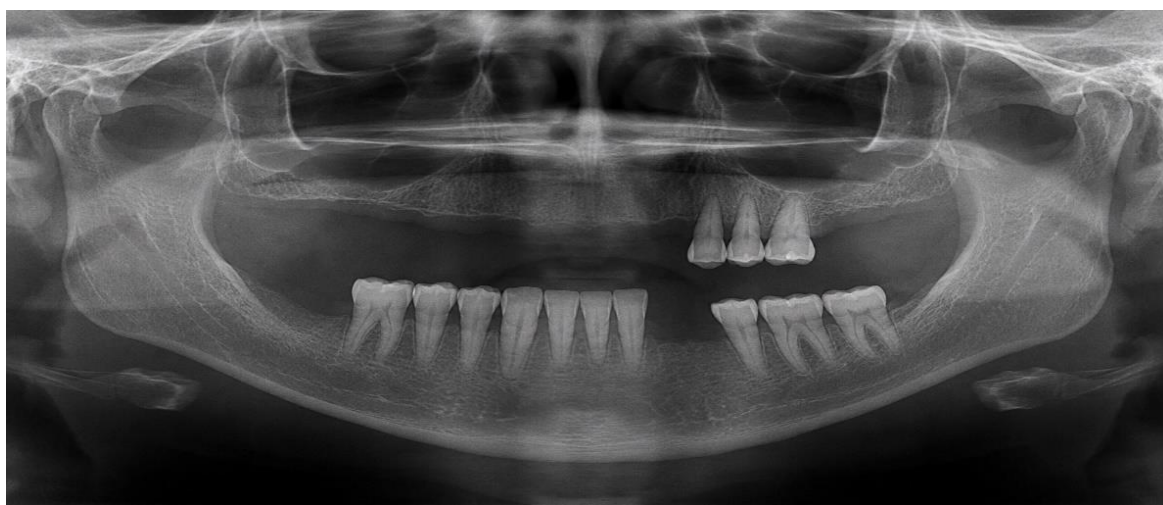
申請人：陳筱玲 (本人簽名/蓋章/手印)

裝置前審查照

照片可洗大小 3*2，或將照片剪貼至適合大小，相片貼實勿重疊



維修假牙
修復前 1 張



裝置前審查結果

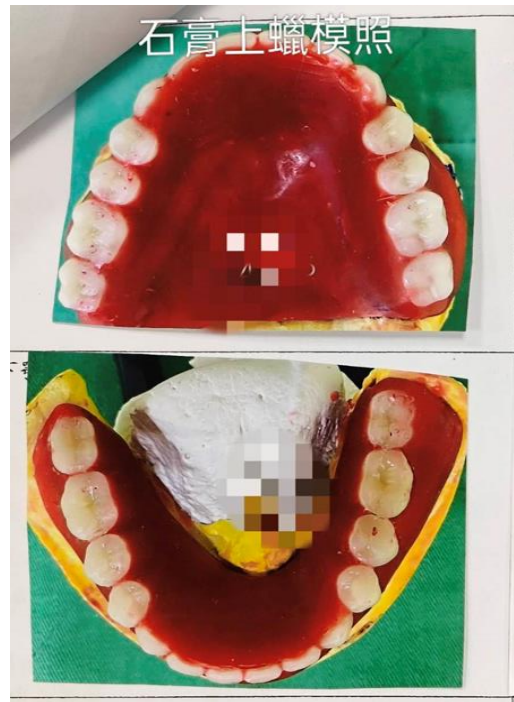
審查委員複審
診治計畫

- 通過
 通過，但補助樣態需更改為_____ 退件，原因：

審查委員核章

裝置後審查照

照片可洗大小 3*2，或將照片剪貼至適合大小，相片貼實勿重疊



裝置日期：115年7月21日

醫師簽章：

○○○ 醫師

★申請人簽名或蓋章：

陳筱玲

裝置後審查結果

審查委員審查
結果

- 通過
 通過，但補助樣態需更改為_____ 審查委員核章
 退件，原因：

社會處審核結
果

- 通過
 退件，原因：