

65 歲以上長者假牙補助申請暨診治計畫書

醫療院所名稱				醫療院所電話			
醫療院所地址							
申請者資料	姓名		聯絡電話		原民身分	是 ☐ 否 ☐	
	年齡		通訊地址				
	第一類： ☐ 一般長者						
	第二類： ☐ 低收 ☐ 中低收 ☐ 領有中低收入老人生活津貼 ☐ 領有身障生活補助 ☐ 公費安置 ☐ 日間照顧住宿補助費用達百分之五十以上						
身分證正面影本黏貼處				身分證反面影本黏貼處			

診治計畫內容							
缺牙部位		計畫拔牙部位		計畫修磨部位		★計畫製作假牙部位	
假牙補助態樣	第一類(一般長者)		第二類(福利身分)		假牙維修	☐ 破裂維修____顎(\$1,100 元/顎) ☐ 假牙添加____顆(\$1,100 元/顆) ☐ 假牙線勾____個(\$1,100 元/個) ☐ 假牙硬式襯底____座(\$3,300 元座)	
	☐ 上顎全口(\$25,000) ☐ 上顎部分(\$20,000) ☐ 下顎全口(\$25,000) ☐ 下顎部分(\$20,000) ☐ 固定假牙____顆 (5,000/顆)		☐ 上顎全口(\$27,500) ☐ 上顎部分(\$22,500) ☐ 下顎全口(\$27,500) ☐ 下顎部分(\$22,500) ☐ 固定假牙____顆 (5,500/顆)				
★申請補助費用合計：\$_____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： 看診時間： 年 月 日					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		

請加蓋
單位印信社會處
初審資格

- ☐通過/退件 ☐設籍資格不符 ☐身分為一般原民身分
☐年齡不符 ☐5 年內重複申請
☐資料不齊全 ☐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 次以上取模，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_____

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：_____（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

口內上顎咬合面
1 張
(必備照片)

全臉正面露齒照
1 張
健保卡需入境
(必備照片)

口內下顎咬合面
1 張
(必備照片)

維修假牙
修復前 1 張

固定假牙需檢附
根尖片或環口 X 光影像

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

口內上顎咬合面
1 張
(必備照片)

(活動假牙)
石膏上蠟模相片
1 張

口內下顎咬合面
1 張
(必備照片)

(固定假牙)
假牙完成相片
1 張

戴上假牙
全臉正常咬合照
1 張
(必備照片)

(維修假牙)
修復後相片
1 張

裝置日期： 年 月 日

醫師簽章：

★申請人簽名或蓋章：

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_____
- ☐ 退件，原因：

審查委員核章