

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 ☐ 否 ☒	
	年齡	73	通訊地址	花蓮縣花蓮市府前路 100 號			
	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						
							
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	
1234567 2 67		3				1234567 2 367	
5 6 4 5				3		5 6 3 4 5	
假牙補助態樣	第一類(一般長者)		第二類(福利身分)		假牙維修		
	☐ 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 5 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)			☐ 破裂維修 顆(\$1,100 元/顆) ☐ 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)	
★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				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

- ☐
- 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。

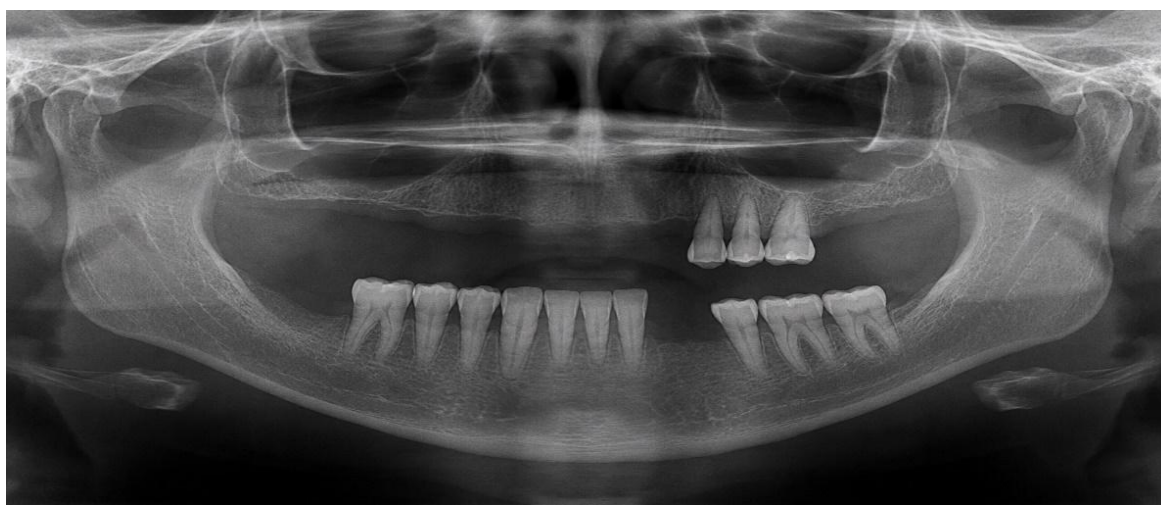
申請人：陳筱玲 (本人簽名/蓋章/手印)

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

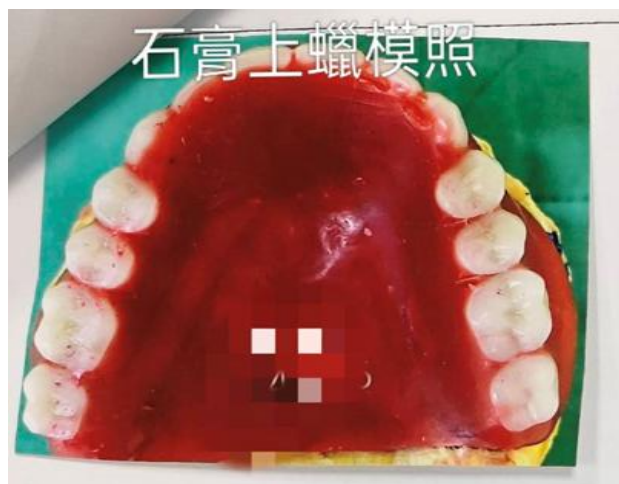
審查委員複審
診治計畫

- ☐ 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



(維修假牙)
修復後相片
1 張

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_____

☐ 退件，原因：

審查委員核章