花蓮縣政府115年度
65歲以上長者假牙補助實施計畫
（115年11月02日修訂）

目錄

一、 前言：.....2
二、 辦理單位：.....2
三、 辦理期程：.....2
四、 補助對象及資格限制：.....2
五、 補助樣態與金額.....3
六、 各單位辦理方式.....5
七、 申請流程.....5
八、 服務提供單位.....7
九、 差額收取規範.....7
十、 特殊原因中止假牙製作之費用給付標準.....8
十一、 計畫審查機制.....8
十二、 補助不實申報及追繳處理機制.....9
十三、 經費來源.....9
十四、 預期效益.....9

附件一：65 歲以上老人假牙補助申請暨診治計畫書
附件二：填寫範例
附件三：收據與請款名單清冊
附件四：申請流程圖
附件五：審查小組設置
附件六：異動申請單

一、前言：

世界衛生組織指出，口腔健康是整體健康與生活品質的重要指標，與糖尿病、失智症等疾病密切相關。衛生福利部於民國 98 年起，編列預算補助中低收入老人裝置假牙，並於 107 年 3 月 27 日起將 55 歲以上符合低收入戶及中低收入戶資格之原住民納入補助對象。隨著人口高齡化，依據本縣最新人口統計資料，65 歲以上老人人口已達 67,888 人。參考衛生福利部口腔健康司發布之最新「110-112 年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫」成果報告，台灣 65 歲以上長者之口腔健康調查顯示 65 歲以上長者部分缺牙率高達 70.6%至 72%，意即逾七成長者面臨缺牙困擾，全口無牙率更高達 11.7%，嚴重影響基本咀嚼功能。隨著高齡化社會來臨，長者因生理機能退化導致之口腔問題，已成為本縣高齡福祉政策之重點項目。惟假牙製作並非健保給付，因經濟因素且非符合上述資格者長者常延誤治療，為回應需求並減輕負擔，本府推動裝置假牙補助計畫，自 115 年度起擴大至年滿 65 歲且具需求之長者，不限福利身分。期望藉此促進高齡者口腔健康與尊嚴，營造在地安老的友善環境。

二、辦理單位：

（一）主辦單位：花蓮縣政府社會處

（二）協辦單位：花蓮縣政府衛生局、花蓮縣牙醫師公會、全民健保特約之公私立牙科醫療院所。

三、辦理期程：

（一）申請期限：自 115 年 6 月 1 日起至 115 年 12 月 31 日。

（二）核銷期限：依當年度公告日期報送裝置完成件辦理核銷，當年度核定通過未及完成假牙裝置之案件，得延至次年度辦理核銷；如當年度經費用罄，將視預算編列情形改列入次年度申請案件審核。

四、補助對象及資格限制：

（一）補助對象

(1) 第一類：年滿 65 歲以上長者，設籍 3 年(115 年度申請人須於 112 年 1 月 1 日前設籍本縣，始符合申請資格)。

(2) 第二類：年滿 65 歲以上長者或年滿 55 歲以上原住民，設籍本縣，並符合下列條件之一者：

(一)具低收入戶、中低收入戶資格。

(二)領有中低收入長者生活津貼。

(三)領有身心障礙者生活補助費。

(四)經各級政府全額補助收容安置。

(五)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。

3、前兩類申請人之口腔狀況須經本縣健保特約牙科醫療院所醫師評估，並已完成必要治療，且符合假牙製作條件者，始具申請資格。

(二) 條件限制

1、凡符合「原住民族長者裝置假牙補助計畫」、「花蓮縣秀林鄉公所辦理假牙補助要點」與「國軍退除役官兵輔導委員會辦理退除役官兵鑲牙補助作業規定」補助資格者，與本計畫不得重複申請；同時符合原住民長者與中低收身分，應申請本計畫為優先。

2、服務對象獲本計畫補助，一般 65 歲以上長者 5 年內最高補助金額不得逾新臺幣 5 萬元，中低收長者 5 年內不得逾新臺幣 5 萬 5,000 元，惟假牙維修不在此限。

3、同一顎或同一牙位已取得相同補助項目者，須於滿 5 年以上，經評估有重新裝置之必要，始得重新提出申請。

五、補助樣態與金額

(一) 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臼齒並經審核小組認定確有必要裝置。

（二）補助態樣及維修費最高補助金額如下表：

1.花蓮縣65歲以上長者假牙補助態樣及維修費最高補助金額一覽表

項次	補助態樣	第一類 最高補助金額	第二類 最高補助金額
1	上下顎全口活動假牙	5萬元	5萬5,000元
2	上顎全口活動假牙	2萬5,000元	2萬7,500元
3	下顎全口活動假牙	2萬5,000元	2萬7,500元
4	上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙	4萬5,000元	5萬元
5	下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙	4萬5,000元	5萬元
6	上、下顎部分活動假牙	4萬元	4萬5,000元
7	上顎部分活動假牙	2萬元	2萬2,500元
8	下顎部分活動假牙	2萬元	2萬2,500元
9	固定式假牙(指牙冠或牙橋) 至多補助10顆	5,000元/顆	5,500元/顆

2.假牙維修

項次	補助態樣	補助金額	每年最高 補助金額
1	假牙破裂維修費/單顎	1,100元	6,600元
2	假牙添加費/單顆	1,100元	
3	假牙線勾/個	1,100元	
4	假牙硬式襯底/座	3,300元	

六、各單位辦理方式

(一)社會處：辦理申請人之資格認定，並受理長者提出假牙補助申請與後續核銷、假牙補助系統建置。

(二)衛生局：本計畫涉及醫療專業事項之協助與監督，並於發生假牙製作或相關醫療爭議或申訴案件時，依現行衛生局醫療爭議處理機制辦理，啟動醫療糾紛關懷機制與召開協調會議審查與處理，以維護申請人與醫療院所雙方權益及醫療品質。

(三)牙醫師公會：協助辦理診治計畫書之專業審查作業，並提供醫療專業建議；另配合本計畫推動，協助宣導相關補助措施，提升醫療院所及民眾之參與度與認知。

(四)健保特約牙科醫療院所：負責受理假牙補助申請案件，辦理申請人之口腔檢查與專業評估，擬具診治計畫書，並依本計畫規定完成假牙製作及相關醫療處置，並配合辦理後續核銷作業。

七、申請流程

(一)申請：申請人檢具證明並攜帶身分證與健保卡前往醫療院所，經醫師口腔檢查後評估符合裝置假牙狀態，由醫療院所擬具假牙補助申請暨診治計畫書，檢附下列相關文件並完成通報單登打後，將申請資料寄送本府辦理申請。

1.第一類申請文件

(1)身分證正反影本。

(2)最近二個月內戶籍謄本。

(3)65歲以上長者假牙補助申請暨診治計畫書。

(4)術前彩色照片共3張：全臉正面露齒照、口內上顎照及口內下顎照各1張。

(5)如申請固定假牙者，另檢附根尖片或環口X光影像。

2.第二類申請文件

(1) 身分證正反影本。

(2) 福利身分證明。

(3) 65 歲以上長者假牙補助申請暨診治計畫書。

(4) 術前彩色照片共 3 張：全臉正面露齒照、口內上顎照及口內下顎照各 1 張。

(5) 如申請固定假牙者，另檢附根尖片或環口 X 光影像。

(二)術前審查：經本府初審確認申請資格符合且未與其他計畫重複請領後，續由本府成立專業審查小組辦理診治計畫書複審。審核結果本府將函知醫療院所，並檢還申請之診治計畫書予醫療院所；另就審查結果另行通知申請人。

(三)製作假牙與裝置作業：申請人前往醫療院所開始進行假牙之製作與裝置。為確保活動假牙之密合度、穩定性及配戴舒適度，醫療院所於製作過程中應落實完整診療程序，並進行至少二次以上取模作業，以提升假牙製作品質及長者配戴適應情形。審核通過案件裝置期間，如因申請人口腔狀況變化等因素，致補助樣態或補助金額需變更者，醫療院所應填寫申請異動說明(如附件六)，並同原核定診治計畫書一起送本府重新審查。另醫療院所應加強與申請人之溝通及配戴指導，並依實際需求進行調整，以維護長者口腔健康及使用權益。

(四)核銷：裝置完成後由醫療院所向本府申請補助費用，需於裝妥診治完成後 2 個月內提出申請，且應於申請核定通過之日起 1 年內完成裝置並提出核銷，逾期者須重新提出補助申請。本府審查通過後核撥補助款予醫療院所。申請補助費用需檢附下列文件請款。

(1) 審查通過之診治計畫書

(2) 術後彩色照片：口內上顎照及口內下顎照各 1 張、戴上假牙之全臉正面露齒照 1 張、石膏上蠟模相片與假牙完成照各 1 張。

(3) 收據(2 人以上需含清冊)與存摺影本。

（五）行政事務費：為支應合作醫療院所協助長者辦理假牙補助申請及核銷所需之文件印製、相片列印及郵寄等必要行政支出，案件完成核銷後，按每件新臺幣 150 元給付行政事務費予承辦醫療院所。醫療院所得於報送假牙補助核銷資料時，一併檢附行政事務費請領名單及領據(如附件七)，經本府審核後撥付。

八、服務提供單位

（一）口腔篩檢服務：具有合格牙醫師證書、開業執照及執業執照，且為全民健康保險特約之公私立醫療院所。

（二）審核篩檢服務提供：本府結合本縣牙醫師公會辦理。

（三）醫療院所協助民眾申請補助服務：凡設立於本縣、具備合格牙醫師證書、開業執照及執業執照，且屬全民健康保險特約之公私立醫療院所，均得為本計畫之執行機構。本計畫採簡政便民原則，符合資格之醫療院所於協助民眾填具申請書時，即視同同意遵循本計畫所有權利義務與收費規範。

九、差額收取規範

1、一般六十五歲以上長者：本計畫針對一般六十五歲以上長者，服務單位依實務需求收取差額，惟其收費總額與項目仍應受「花蓮縣牙醫醫療機構收費標準」之規範，不得超額計費。

2、中低收入戶長者：

(1) 為落實關懷弱勢之政策宗旨，本計畫已實質調高中低收入戶之補助標準，醫療院所應配合政府政策善盡協助義務，保障弱勢長者權益，故中低收入戶案件，除固定假牙外，不得收取差額。

(2)服務提供單位可依其專業及服務對象需求綜合判斷，與服務對象討論並獲取同意後，於裝置固定式假牙收取差額。

十、特殊原因中止假牙製作之費用給付標準

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，醫療院所得按假牙製作階段備齊申請資料，依核銷程序向本府申請補助經費，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：

補助態樣	按製作階段及核定補助經費比率
活動假牙	牙齒骨架印模階段：最高補助35% 完成排牙階段：最高補助70% 已製作完成階段：最高補助80%
固定式假牙	牙齒取模：35% 已製作完成：80%

十一、 計畫審查機制

(一)為推動本計畫相關審查作業，成立「花蓮縣政府65歲以上長者假牙補助審核小組」，其組成與任務權責說明如下：

1. 審查小組由本府社會處、本縣牙醫師公會及相關專業醫事人員共同組成，本府社會處人員負責行政作業資格審查，本縣牙醫師公會及相關專業醫事人員負責診治計畫專業審查。
2. 定期召開審核小組會議。辦理審核篩檢服務人員，有下列各款情形之一者，應自行迴避：

(1)本人或其配偶、前配偶、四親等內之血親或三親等內之姻親或曾有此關係者為事件之當事人時。

(2)本人或其配偶、前配偶，就該事件與當事人有共同權利人或共同義務人之關係者。

(3)現為或曾為該事件當事人之代理人、輔佐人者。

(4)於該事件，曾為證人、鑑定人者。

(二)成立調處機制：邀集公會代表及本縣衛生局醫療業務主管代表，共同召開調處委員會，以協調處理長者申請或裝置假牙疑義個案。

(三)裝置假牙單位應使用合法假牙材料及提供服務應含假牙製作及裝戴，並於裝戴後提供長者至少一年調整服務，以保障服務品質。

十二、 補助不實申報及追繳處理機制

服務對象有填報不實、隱匿事實、重複補助、溢領補助或違反相關法令情事者，其所領取之補助，由本府以書面命本人或其法定繼承人於三十日內返還；屆期未返還者，依法移送強制執行，涉及刑責者移送司法機關辦理。

十三、 經費來源

本計畫所需經費由本府編列相關預算支應。

十四、 預期效益

預計補助 2686 名 65 歲以上長者裝置假牙，保障老人健康權益，增進老人福利。

附件一

花蓮縣政府社會處
65歲以上長者假牙補助申請暨診治計畫書

由社會處填寫
編號：

115.07.29 修訂

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	★製作固定假牙部位	★製作活動假牙部位

假牙補助態樣	第一類(一般長者)	第二類(福利身分)
	□上顎全口($25,000)	□上顎全口($27,500)
	□上顎部分($20,000)	□上顎部分($22,500)
	□下顎全口($25,000)	□下顎全口($27,500)
	□下顎部分($20,000)	□下顎部分($22,500)
	□固定假牙_____顆 (5,000/顆)	□固定假牙_____顆 (5,500/顆)

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)

★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

請加蓋單位印信

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(每月 10 日前將完成案件集中送件)

□1. 收據（依類別加總金額各開立 1 張）
□2. 清冊（申請 2 人以上者須檢附）
□3. 申請完整資料(含 1. 審查通過計畫書與同意書 2. 裝置前後照片 3. 審查文件)

社會處初審資格		承辦人核章
	□通過 □退件→□設籍不符 □一般原民身分 □其他原因： □補正→□資料缺件： □其他原因：	

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<u>上顎</u>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<u>下顎</u>咬合面 1 張 （必備照片）	<u>維修假牙</u> 修復前 1 張
<u>固定假牙</u>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_____ □補正 □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

戴上假牙 口內<u>上顎</u>咬合面 1 張 （必備照片）	（**活動假牙**） 石膏上蠟模相片 1 張
戴上假牙 口內<u>下顎</u>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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ □補正 □退件，原因：	審查委員核章

附件二

花蓮縣政府社會處
65 歲以上長者假牙補助申請暨診治計畫書

由社會處填寫
編號：

115.07.29 修訂

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		★製作固定假牙部位		★製作活動假牙部位	
1234567	2 67		3			1234567	2 367
5 6	4 5			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)
☐上顎全口($25,000)	☐上顎全口($27,500)
☑上顎部分($20,000)	☐上顎部分($22,500)
☐下顎全口($25,000)	☐下顎全口($27,500)
☐下顎部分($20,000)	☐下顎部分($22,500)
☑固定假牙__5__顆 ($5,000/顆)	☐固定假牙_____顆 ($5,500/顆)

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)

★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

○○ 牙醫診所

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(每月 10 日前將完成案件集中送件)

☑收據（依類別加總金額各開立 1 張）
☑清冊（申請 2 人以上者須檢附）
☑申請完整資料(含 1.審查通過之計畫書與同意書 2.裝置前後照片 3.審查文件)

社會處初審資格	☐通過 ☐退件→☐設籍不符☐一般原民身分☐其他原因： ☐補正→☐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

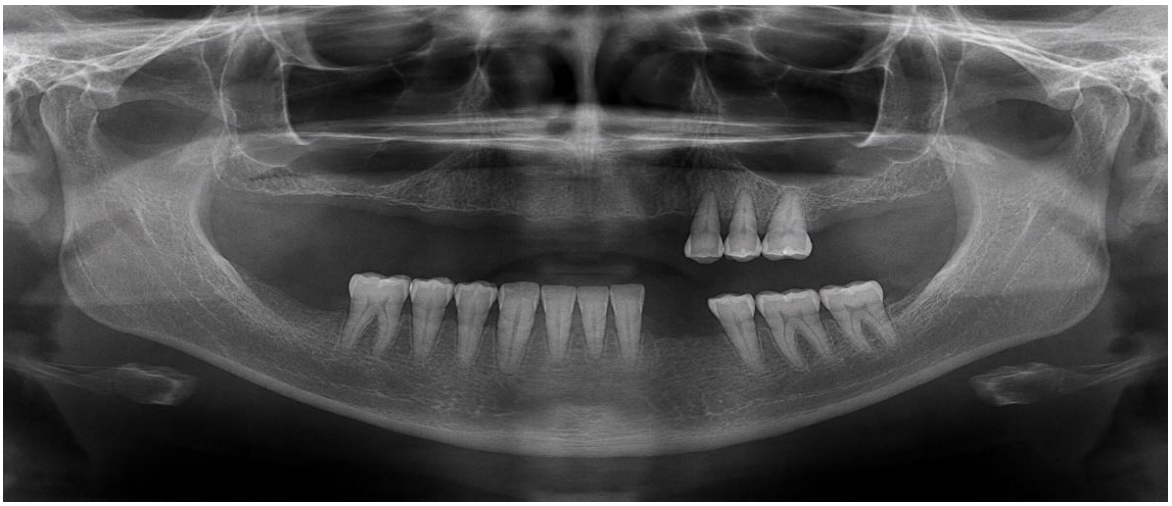






維修假牙

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_____ ☐補正 ☐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_____ □補正 □退件，原因：	審查委員核章

附件三

收　　據

茲收到花蓮縣政府補助□第一類(一般長者) □第二類(具社福資格長者)

_____君等____人(2 人以上請檢附請款清冊)裝置假牙費用，計新台幣　拾　萬　仟　佰　拾　元整，謹此立據，以茲證明。

(金額使用中文大寫)

請貼印花

立據醫事機構(全銜)：　　**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**：

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

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿院所請款清冊			
序號	編號	姓名	核銷金額
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
總計金額			

請款注意事項

(1) 核銷原則：

1. 核銷案件每月集中受理一次，醫療院所應於**每月 10 日前**，將前一個月已完成裝置案件彙整送件辦理核銷。
2. 請於**完成裝置後 2 個月內**提出核銷。

(2) 核銷文件：請依第一類跟第二類分別彙整資料，並依下列順序排列。

1. 收據。
2. 清冊（申請 2 人以上者須檢附）。
3. 申請完整資料(逐案依申請編號順序排列)。

(3) **收據開立說明：**

1. 收據應依補助對象分為第一類（一般長者）及第二類（具社福資格長者）加總金額分別開立，各 1 張。
2. 收據應檢附存摺影本或匯款帳戶資料。
3. 印花可申請印花稅彙總繳納蓋章，或張貼印花稅票。
4. 戶名應為負責醫師姓名或院所名稱，若需匯入非負責醫師姓名或院所帳戶，請提供切結書。
5. 銀行代碼共七碼(前 3 碼為銀行代碼，後 4 碼為分行代碼)，請確實填寫。
6. 請填寫收據開立日期。

(4) **清冊開立說明：**申請案件達 2 件以上者，應檢附清冊，並依申請書右上角之申請編號順序列冊，建議自行留存備份，以利後續對帳。

(5) **申請完整資料說明：**

每位申請人之資料應包含：

1. 審查通過之診治計畫書與同意書。
2. 裝置前、後照片。
3. 相關審查文件。

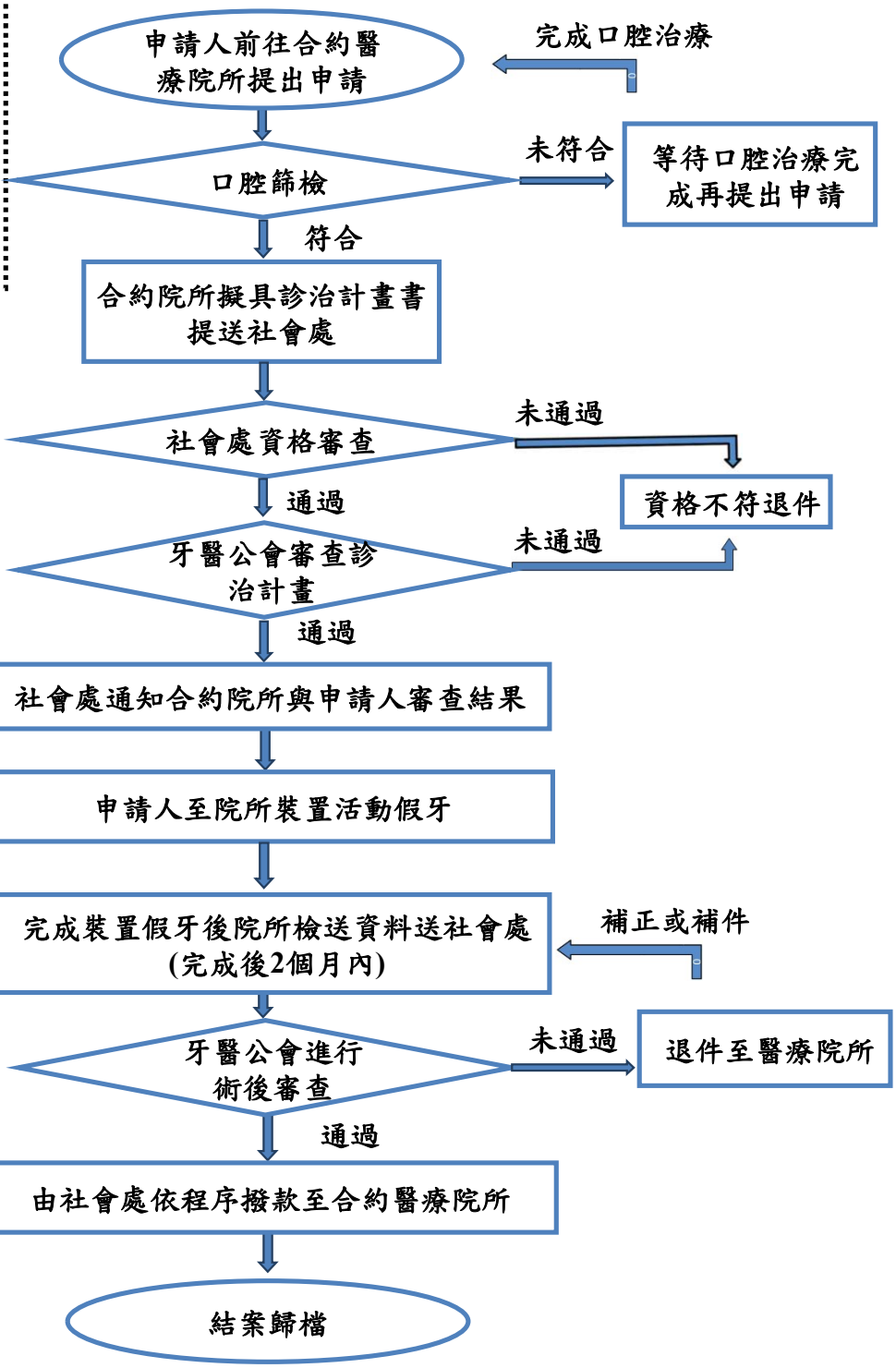
以上資料應依序於左上角裝訂為一份，並依申請編號順序逐案排列。

附件四

65歲以上老人補助裝置假牙申請流程圖

一般民眾攜帶文件
1.最近二個月內戶籍謄本
2.身分證
3.健保卡

中低收民眾攜帶文件
1.福利身份證明
2.身分證
3.健保卡



附件五

花蓮縣政府65歲以上長者假牙補助審核小組設置

一、花蓮縣政府(以下簡稱本府)為執行65歲以上長者假牙補助計畫，加強長者口腔醫療照護補助計畫之醫療處理品質，促進醫病關係和諧及滿意度，設立花蓮縣政府65歲以上長者假牙補助審核小組（以下簡稱本小組）以落實計畫目標。

二、 本小組任務如下：

1、假牙補助申請案件之資格審查，確認申請者之身份是否符合補助計畫之標準。

2、假牙補助案件含申請案件與核銷案件之專業審查，審查醫療院所提出的假牙診治計畫，確認裝置必要性及合理性，並符合補助規定，防止資源溢領或不當申報。

3、假牙補助裝置變更申請案之審查，確保變更理由與治療調整符合規定。

4、參與補助政策研議、執行成效討論及法規修訂建議。

三、本小組設置委員九人至十五人，委員中一人為召集人，由業務科長兼任；一人為副召集人，由牙醫師公會理事擔任。其餘委員由牙醫師公會推薦，委員任期一年，期滿得續聘。

四、本小組成員由本處人員、花蓮縣牙醫師公會代表組成，申請人資格由本處人員審查，補助案件之醫療專業相關部分由花蓮縣牙醫師公會代表審查。本處人員為無給職，其他人員擔任審查小組工作得依規定支給出席費。

五、案件審查

本小組辦理假牙補助申請案件、核銷案件及裝置變更申請案件之審查，得依案件量及審查需要，由本府排定委員分組或輪值辦理，原則每週審查一至二次，每次審查人數得視案件數量及實際需要調整。

前項案件審查屬例行性專業審查作業，非屬本小組會議，不適用第六點有關會議出席人數及決議方式之規定。

六、小組會議

本小組為研議補助政策、計畫修訂、審查原則、重大或疑義案件及其他有召開會議必要之事項，得召開小組會議。小組會議應有全體委員二分之一以上出席，始得開會；由召集人擔任主席，召集人缺席時依序由副召集人或委員互推代理。會議決議應經出席委員過半數之同意；可否同數時，由主席決定之。

前項小組會議之出席及決議規定，不適用於第五點所定之例行案件審查作業。

七、本小組委員辦理案件審查或參與會議，辦理審核篩檢服務人員，有下列各款情形之一者，應自行迴避：

1、 本人或其配偶、前配偶、四親等內之血親或三親等內之姻親或曾有此關係者為事件之當事人時。

2、 本人或其配偶、前配偶，就該事件與當事人有共同權利人或共同義務人之關係者。

3、 現為或曾為該事件當事人之代理人、輔佐人者。

4、 於該事件，曾為證人、鑑定人者。

附件六

假牙補助申請異動說明

申請人姓名		合約醫療院所	
身分證字號		原申請補助態樣	

異動申請日期：				
一、申請變更事項： □改變申請樣態及金額(須修正計畫書並重新審查) □申請裝置延期 □申請取消裝置 □其他：_____ 二、異動說明：				
申請人簽名		醫師簽章		請加蓋 單位印信
審查日期： 審查結果：□通過 □退件，原因： 審查人員核章：				

附件七

領　　據

茲收到花蓮縣政府辦理 115 年度「65 歲以上長者假牙補助」醫療院所行政事務費，計新臺幣　萬　仟　佰　拾　元整。

此致

花蓮縣政府

診所機構全銜：

統一編號：

住址：

中　華　民　國　年　月　日

備註：核銷件＿＿＿件 * 每案 150 元 = $＿＿＿＿＿＿

名單如下：

(名單不敷使用請自行新增)