苗栗縣政府辦理中低收入老人補助裝置假牙實施計畫

一、 目的：為保障老人口腔健康，減輕老人經濟負擔，特補助低收入戶及中低收入老人裝置假牙，以維護老人生活品質與尊嚴。

二、 依據：內政部九十八年一月七日台內社字第 0980001800 號函頒「中低收入老人補助裝置假牙實施計畫」辦理。

三、 主辦機關：苗栗縣政府

四、 協辦機關：苗栗縣政府衛生局、苗栗縣牙醫師公會、苗栗縣各鄉鎮市公所

五、 補助對象及條件：

（一） 設籍本縣年滿六十五歲以上，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、 列冊低收入戶、中低收入戶。

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托育費或養護費達百分之五十以上。

（二） 補助對象同一顎已於其他縣市或本縣各鄉鎮市公所取得相同補助者，三年內不予重複補助。但假牙維修費不在此限。

六、 申請時間：每年九月三十日前受理申請。

七、 申請程序及應備文件：

(壹) 申請階段： 申請人檢附下列文件至戶籍所在地鄉鎮市公所提出申請：

1、申請書。

2、身分證正反面影本。

3、福利身份別證明文件。

4、印章。

（弐）口腔及審核篩檢階段：

1、 申請人持申請書至指定特約牙醫醫療院所接受牙醫師篩檢。

2、 指定特約牙醫醫療院所完成篩檢後，於每月五日前彙整上一個月之診治計畫書、裝置前口內照片及診斷證明予本府，本府於彙整申請案件後，交由本縣牙醫師公會審核小組審查補助案件之覈實性，審核完成後由本府以公文寄發審核結果予申請人、公會及指定特約牙醫醫療院所。

（參）假牙裝置階段：

1、 申請人獲核定補助後一個月內應持核定裝置公文及診治計畫書，逕

至與本縣簽訂合約之牙醫機構裝置假牙。合約裝置機構應依審核結果裝置假牙，如申請人口腔情形改變，應至原篩檢機構複檢。

2、 與本縣簽訂合約之牙醫機構於申請人完成裝置假牙後一個月內檢附以下文件向本府辦理核銷：

（1） 核准裝置通知書。
（2） 治療前、後之口內對照相片。
（3） 診治計畫書。
（4） 醫療費用收據正本。
（5） 假牙裝置機構出具之領據。
（6） 牙醫診所指定之銀行或郵局之存摺封面影本。

八、 補助態樣：

（一） 全口活動假牙。
（二） 上顎半口活動假牙。
（三） 下顎半口活動假牙。
（四） 上顎半口活動假牙，併下顎部分活動假牙。
（五） 下顎半口活動假牙，併上顎部分活動假牙，。
（六） 上顎部分活動假牙。
（七） 下顎部分活動假牙。
（八） 上、下顎部分活動假牙。
（九） 活動假牙維修費。

九、 各類補助基準，詳如附表。

十、 申請人如遇傷病、死亡等因素，致無法完成裝置活動假牙者，經本府專案評估審核後，得依下列標準支付診治牙醫師相當比率之補助費用：

（一）牙齒骨架印模：最高補助百分三十五。
（二）完成排牙：最高補助百分七十。
（三）活動假牙已製作完成：最高補助百分八十。

十一、 服務提供單位：

（一）口腔篩檢服務：本縣境內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：本縣牙醫師公會

（三）裝置假牙服務：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，並與本縣簽訂合約。

十二、 醫療爭議調處機制：申請人於製作假牙期間，遇有醫療爭議情事者轉由本府衛生局之醫療爭議調處會調處。

十三、 其他應注意事項：

（一）裝置假牙服務提供單位服務提供應包含假牙製作及裝戴、裝戴後至

少一年調整服務，以保障服務品質。

（二）辦理審核篩檢服務相關人員，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。

（三）服務對象有填報不實、隱匿事實、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。

十四、 預期效益：補助低收入戶及中低收入老人裝置假牙，保障老人健康權益，增進老人福利。

十五、 本計畫所需經費由內政部及本府相關經費項下支應。

十六、 本計畫實施期間自中華民國九十八年一月一日起至一百零五年十二月三十一日止。

十七、 本計畫奉核定後實施，修正時亦同。

【附表】　　補助基準表一

序號	補助態樣	裝置假牙類別	最高補助金額/新台幣
1	全口活動假牙。	上、下顎假牙	4 萬元
2	上顎半口活動假牙。	單顎假牙	2 萬元
3	下顎半口活動假牙。	單顎假牙	2 萬元
4	上顎半口活動假牙，併下顎部分活動假牙，。	單顎假牙併部分活動假牙	3 萬元 5,000 元
5	下顎半口活動假牙，併上顎部分活動假牙。	單顎假牙併部分活動假牙	3 萬元 5,000 元
6	上顎部分活動假牙。	上顎部分活動假牙	1 萬 5,000 元
7	下顎部分活動假牙。	下顎部分活動假牙	1 萬 5,000 元
8	上、下顎部分活動假牙。	上、下顎部分活動假牙	3 萬元
9	活動假牙維修費	如補助基準表二	6,000 元

補助基準表二

序號	補助態樣	補助金額	每年最高補助金額/新台幣
1	假牙破裂維修費/單顎	1,000 元	6,000 元
2	假牙添加費/單顎	1,000 元	
3	假牙線勾/個	1,000 元	
4	假牙硬式襯底/座	3,000 元	

苗栗縣中低收入老人補助裝置假牙申請表

姓名	**姓名**								**姓別**	**□男 □女**	**出生日期**	
身分	**身分證字號**										**聯絡電話**	

申請人基本資料	戶籍地址	苗栗縣　　鄉（鎮、市）　　村（里） 鄰 路（街）　段　巷　弄　號　樓		
	通訊地址	□同戶籍地址 □另列如下：		
申請福利	申請補助金額		篩檢醫療院所名稱	
	福利身分	□低收入戶 □經各級政府全額補助收容安置。 □領有中低收入老人生活津貼。 □領有身心障礙者生活補助費 □經各級政府補助身心障礙者托育費或養護費達百分之五十以上。		
應備文件		□身分證正反面影本 □身分證明文件（低收入戶或核准領取中低收入老人生活津貼資料） □診治計畫書 □其他必要文件		
切結書		本人　　茲申請中低收入老人補助裝置假牙，本人已充分了解並符合本計畫申請補助對象資格規定，且未於3年內領有相同補助，上述所填各項資料及所附文件均完全屬實；如經查證以詐欺或其他不正當行為或虛偽之證明申請補助費用者，應負一切法律責任，並返還已支付之補助經費，特此切結。（如為代理申請，代理人應將表內事項詳細告知申請人） 此致 苗栗縣政府 申請人（或代理人）簽章：		

苗栗縣中低收入老人補助裝置假牙福利身分證明表

姓名	姓名		姓別	□男 □女	出生日期	
	身分證字號					
戶籍	戶籍地址	苗栗縣　　鄉（鎮、市）　　村（里） 鄰 路（街）　段　巷　弄　號　樓				
通通	通訊地址	□同戶籍地址 □另列如下：				
福利	福利身分	□本（　）年度第（）款低收入戶。 □領有本（　）年度中低收入老人生活津貼（　　元/月）。 □領有本（　）年度身心障礙者生活補助費（　　元/月　）。 □經各級政府全額補助收容安置。 □經各級政府補助身心障礙者托育費或養護費達百分之五十以上。				

填表日期：　　年　　月　　日

承辦人：　　課長：　　鄉（鎮、市）長：