

原住民族委員會補助直轄市及縣(市)政府 112 年度辦理  
原住民族長者裝置假牙實施計畫



計畫名稱：苗栗縣政府 112 年度辦理原住民族長者裝置假牙執行計畫

申請單位：苗栗縣政府原住民族事務中心

執行期間：112 年 1 月 1 日至 112 年 12 月 31 日

中 華 民 國 111 年 12 月 02 日

## 壹、計畫依據

原住民族委員會 112 年度補助原住民族長者裝置假牙實施計畫。

## 貳、計畫目的

- 一、增進原住民族長者口腔功能健康，提升口腔保健觀念，維持其基本生活品質與尊嚴。
- 二、減輕原住民族長者裝置假牙醫療費用負擔，以保障其獲得適切的服務及生活照顧，促進健康福祉。

## 參、辦理單位

- 一、補助機關：原住民族委員會
- 二、辦理機關：苗栗縣政府原住民族事務中心(以下簡稱本中心)。
- 三、協辦單位：苗栗縣政府(以下簡稱本府)社會處、民政處、苗栗縣牙醫師公會、衛生局、衛生所、鄉鎮公所及及本縣全民健康保險特約之公私立醫院牙科醫院(診所)。

## 肆、實施地區

苗栗縣地區。

## 伍、原住民族長者需求情形

- 一、本計畫服務對象為年滿 55 歲以上原住民長者，依據本縣 111 年 10 月份統計資料，原住民總人口計 11,507 人(男 5,620 人、女 5,887 人)，其中符合 55 歲以上原住民族長者計 2,338 人(男 987 人、女 1,351 人)，本縣預估約有 50 位原住民族長者申請補助。(依據原住民族委員會 111 年 10 月底止資料)
- 二、申請條件及限制：
  1. 經醫師評估缺牙需裝置假牙，且未符合衛生福利部「中低收入老人補助裝置假牙實施計畫」服務對象，或未申請其他政府機關所辦假牙補助者。
  2. 112 年度同一類已取得相同補助項目者，或其他政府機關所辦假牙計畫之補助者，不得提出申請。

## 陸、辦理方式

### 一、申請程序、補助態樣及基準

## (一)紙本申請

1. **提出申請：**設籍本縣申請補助裝置假牙者，應攜帶健保卡逕向健保特約牙科醫院(診所)。
2. **口腔檢查：**由健保特約牙科醫院(診所)提供口腔檢查服務及鼓勵口腔篩檢，並協助申請者填具申請書【附表1】後，連同診治計畫書(一)【附表2】於7日內送申請者之本中心審查。
3. **審查作業：**由本中心辦理申請者資格審查作業，至涉及醫療專業部分須由苗栗縣牙醫師公會轉請指派具合格牙醫師證書者辦理。另健保特約牙科醫院(診所)送件後至通知審核結果之期間，不得超過工作天21日。
4. **裝置或維修假牙：**經審核通過後，本中心將發核定函予申請者及提供口腔檢查服務之健保特約牙科醫院(診所)，始得製作或維修假牙。
5. **補助請款：**由健保特約牙科醫院(診所)於審核系統填妥診治計畫書(二)【附表3】及領據或印領清冊【附表4-1、附表4-2】向本中心申領款項。
6. 服務對象112年度同一類已取得相同補助項目者，或其他政府機關所辦假牙計畫之補助者，不得提出申請。

## (二)線上申請

1. **提出申請：**設籍本縣申請補助裝置假牙者，應攜帶健保卡逕向健保特約牙科醫院(診所)提出申請。
2. **口腔檢查：**由健保特約牙科醫院(診所)提供口腔檢查服務及鼓勵口腔篩檢，於原住民族委員會補助原住民族長者裝置假牙審核系統(下稱審核系統)輸入資料後成案，並於3日內線上申請。
3. **審查作業：**由本中心於審核系統辦理申請者資格審查作業，至涉及醫療專業部分須由苗栗縣牙醫師公會請指派具合格牙醫師證書者於審核系統辦理，審查日期不得超過工作天10日。
4. **裝置或維修假牙：**經審核通過後，審核系統將發簡訊通知申請者及提供口腔檢查服務之健保特約牙科醫院(診所)，本中心將發核定函予申請者及提供口腔檢查服務之健保特約牙科醫院(診所)，始得製作或維修假牙。
5. **補助請款：**由健保特約牙科醫院(診所)檢具診治計畫書(二)【附表3】及

領據或印領清冊【附表4-1、附表4-2】向戶籍地直轄市及縣（市）政府申領款項。

**二、申請流程圖：**請參閱【附表5】。

### **三、補助類別**

1. 上、下顎全口活動假牙。
2. 上顎全口活動假牙。
3. 下顎全口活動假牙。
4. 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙。
5. 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙。
6. 上、下顎部分活動假牙。
7. 上顎部分活動假牙。
8. 下顎部分活動假牙。
9. 固定式假牙(指牙冠或牙橋)。
10. 活動假牙維修費。

**四、單價及數量：**裝置假牙費用逾本計畫各類補助態樣最高補助之金額由申請者自行負擔，補助基準詳如【附表6】、【附表7】。

### **五、審核及監督機制**

1. 服務單位：口腔篩檢及裝置假牙服務，由本中心結合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。
2. 資格審查：由本中心審查服務對象資格及有無重複補助情形(如112年度內是否已申請其他機關之假牙計畫補助)。
3. 專業審查：由苗栗縣牙醫師公會轉請指派具合格牙醫師證書者辦理補助項目審定、服務提供單位估價合理性及其他必要文件等。

### **柒、服務品質監督及調處機制**

**一、為審查服務對象及補助項目合理性，建立審核機制。**

#### **(一)審核權責分工**

1. **資格審查：**由本中心進行服務對象資格審查、重複補助情形(如112年度內是否已申請其他機關之假牙計畫補助)。
2. **專業審查：**由本縣牙醫師公會轉請指派具有合格牙醫師證書者辦理補助

項目審定、服務提供單位估價合理性及其他必要文件等。

## (二)審核注意事項

1. 本中心支付專業審核費用，並請其依實際情形檢據核銷。
2. 審核人員應本於專業及良知，公正執行職務，不為及不受任何請託或關說。

## (三)建立審核機制

1. 成立調處小組：由本中心召集地方牙醫師公會及法律專業人才成立爭議調處小組，處理爭議情事。
2. 調處內容：服務對象與健保特約牙科醫院(診所)有關假牙製作或醫療等爭議事件時之案件處理。
3. 申請方式：遇有申請或裝置假牙爭議事件，服務對象與健保特約牙科醫院(診所)雙方應檢具相關書面事證送本中心調處，必要時調處小組得請雙方出席說明。倘服務對象與健保特約牙科醫院(診所)非位本縣時，得由本中心協調當事人居住地之地方政府與牙醫師公會代為調處。

## 二、服務提供單位提供口腔檢查及裝置或維修假牙服務。

- (一)服務提供單位係指具有合格牙醫師證書、開業執照及執業執照，且為保特約牙科醫院(診所)。
- (二)提供服務內容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；服務對象第二類不包含此項服務。
- (三)服務對象如遇傷病、死亡等因素，致無法繼續完成裝置假牙，本中心得請牙科醫院(診所)檢附相關證明文件，按假牙製作階段支付服務提供單位核定補助經費之比率：

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：30% 完成排牙：70% 已製作完成：80%
固定式假牙	牙齒取模：35% 已製作完成：80%

### 三、其他應注意事項：

- (一) 實際執行事項之受理申請方式、審核機制或流程及服務提供等事項，請依上開申請程序及流程圖之便民方式辦理。
- (二) 為鼓勵各牙科醫院(診所)能協助推動本計畫，直轄市及縣(市)政府得視牙科醫院(診所)送件實際情形，酌予編列電話費等行政費用。
- (三) 原住民族委員會會得定期或不定期針對受補助之中心，以抽查方式考核實際執行情形。
- (四) 本中心應於各項宣導資料或宣導品上標示「原住民族委員會補助」及「公益彩券統一識別標誌」等字(圖)樣。
- (五) 辦理審核檢查服務相關人員，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。
  5. 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，由直轄市及縣(市)政府以書面命本人或其法定繼承人於30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。
- (六) 申請本假牙補助案件，民眾得自行選擇材質，其超出補助費用部分，得由民眾自行負擔。
- (七) 有關假牙裝置費用，請依所轄直轄市及縣(市)衛生局核定牙醫醫療機構收費標準表辦理。
- (八) 調查有意願配合之牙科醫院之診所：應調查廈內有意願配合之(診所)彙整表【附表3】，函報原住民族委員會備查。
- (九) 按季提供報表：於4月10日、7月10日、10月10日，依【附表2】【附表3】格式，將1月至3月，4月至6月及7月至9月執行情形相關統計表彙整送原住民族會彙辦。
- (十) 滿意度調查：應辦理滿意度調查【附表4】，以瞭解服務對象接受補助裝置假牙後滿意情形。
- (十一) **每季辦理宣導**：配合季報表，提送每季宣導成果，宣導方式不限。
- (十二) 口腔保健常識宣導及口腔篩檢服務：請牙科醫院診所於檢查長者口

腔狀況時，一併提供口腔保健常識宣導；必要時，經原住民長者同意後，提供口腔篩檢服務。

(十三) **假牙補助申請及裝置(維修)期限**：112 年度之補助申請，最遲應於 10 月 31 日前完成申請作業，於 112 年 11 月 1 日起受理案件應依次 (113) 年度計畫規定，辦理審查、核撥及結報等作業；112 年度補助款項用罄時，得向本會申請增撥，本會得就各直轄市及縣(市)政府補助款使用狀況調勻後同意撥付，惟 112 年度經費用罄即告中止受理。

(十四) **行政獎勵**：直轄市、縣(市)政府執行本計畫執行率逾 80% 者，應對相關人員予以行政獎勵。

(十五) 為鼓勵使用「補助原住民族長者裝置假牙審核系統」，提升使用率，進而節省民眾等待時間，**本會補貼牙科醫療院所為使用系統所生各項成本**，以系統線上申請及審核假牙補助案件，並結案完成撥款者，每案件補貼**新臺幣 150 元整**。

### 捌、經費概算：

一、經費請款：本計畫經費採地方政府接受中央計畫型補助款納入預算方式辦理，並分 2 期付款，分期付款條件如下：

(一) 第 1 期：由直轄市及縣(市)市政府檢據申請表、執行計畫書、領據及納入預算證明送本會，經審核通過後撥付核定金額 50%。

(二) 第 2 期：前期撥付金額實際執行金額已達 70% 後，應檢具第一期經費執行明細表【附件 8】及經費支出明細表【附件 5】送原民會，經審核通過後撥付核定金額 50%。

二、經費核銷：請於 113 年 1 月 31 日前將第 4 季控管表【附件 6】、成果表【附件 4】、經費支出明細表【附件 5】格式連同「經費支出結報明細表」(附件 9)及「賸餘款」，函送原住民族委員會辦理經費結報事宜。

三、本計畫補助款應專款專用支付於製作或維修假牙費及成本補貼，地方政府配合款得用於業務費。

### 玖、經費概算

項目	費用	說明
製作假牙或維修假牙費及成本補	580,000	1. 依據補助基準表樣態核定金額 2. 本縣預估受惠人數計 20 人/次

貼費(1)		
地方政府配合款 業務費(2)	58,000	1. 由牙醫師公會推薦 2 名牙醫師擔任專業審查工作，每月審查 2 次。 2. 每件審查費 200 元、出席費、交通費、郵資費…等
合計	638,000	

### 壹拾、預期效益

- 一、量化效益：補助本縣 55 歲以上原住民族長者裝置假牙費用，受益人數約計 20 人。
- 二、質化效益：除協助本縣原住民族長者口腔衛生保健，恢復牙齒咀嚼功能，攝取足夠營養，增進免疫力外，同時減輕經濟負擔，提升長者身心靈健康，增強其社會參與，以提升生活品質。



# 原住民族委員會補助苗栗縣政府 112 年度原住民族長者裝置假牙申請表

收件日期： 年 月 日

<b>申請人基本資料</b>			性別		出生日期	年	月	日
			身分證字號			族別		
	電話			手機				
	戶籍地址							
居住地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 另列如右：							

本人\_\_\_\_\_茲申請「補助原住民族長者裝置假牙實施計畫」，已充分了解並符合本計畫申請補助對象資格規定，且於 112 年度同一類未曾取得相同補助項目或其他政府機關所辦假牙計畫之補助，並同意由牙科醫院(診所)代為申請補助款做為裝置(維修)假牙費用。

本人上述所填各項資料均完全屬實，並同意提供本府查詢確認本人身分使用；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 苗栗縣政府原住民族事務中心

申請人(代理人)簽名或蓋章：\_\_\_\_\_

申請日期： 年 月 日

附表 1

附表 2

原住民族委員會補助苗栗縣政府 112 年度原住民族長者裝置假牙  
診治計畫書(一)

醫療院所代碼：\_\_\_\_\_ 醫療院所名稱：\_\_\_\_\_

醫療院所地址：\_\_\_\_\_

診 治 計 畫 內 容																															
評估項目	<input type="checkbox"/> 第一次裝置假牙 <input type="checkbox"/> 舊假牙已不堪使用 <input type="checkbox"/> 舊假牙堪用																														
診治項目	<table border="1"> <thead> <tr> <th>補助態樣</th> <th>預估單價(補助金額)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/>上、下顎全口活動假牙</td> <td>(上限 3 萬 4,000 元)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>上顎全口活動假牙</td> <td>(上限 1 萬 7,000 元)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>下顎全口活動假牙</td> <td>(上限 1 萬 7,000 元)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙</td> <td>(上限 2 萬 9,000 元)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙</td> <td>(上限 2 萬 9,000 元)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>上、下顎部分活動假牙</td> <td>(上限 2 萬 3,000 元)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>上顎部分活動假牙</td> <td>(上限 1 萬 2,000 元)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>下顎部分活動假牙</td> <td>(上限 1 萬 2,000 元)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>固定式假牙(指牙冠或牙橋)_____顆(至多 10 顆)</td> <td>(1 顆 3,400 元)</td> </tr> <tr> <td>活動假牙維修費</td> <td> <table border="1"> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/>假牙破裂維修費/單顆</td> <td>(上限 550 元)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>假牙添加費/單顆</td> <td>(上限 550 元)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>假牙線勾/個</td> <td>(上限 550 元)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>假牙硬式襯底/座</td> <td>(上限 1,750 元)</td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> </tbody> </table>	補助態樣	預估單價(補助金額)	<input type="checkbox"/> 上、下顎全口活動假牙	(上限 3 萬 4,000 元)	<input type="checkbox"/> 上顎全口活動假牙	(上限 1 萬 7,000 元)	<input type="checkbox"/> 下顎全口活動假牙	(上限 1 萬 7,000 元)	<input type="checkbox"/> 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙	(上限 2 萬 9,000 元)	<input type="checkbox"/> 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙	(上限 2 萬 9,000 元)	<input type="checkbox"/> 上、下顎部分活動假牙	(上限 2 萬 3,000 元)	<input type="checkbox"/> 上顎部分活動假牙	(上限 1 萬 2,000 元)	<input type="checkbox"/> 下顎部分活動假牙	(上限 1 萬 2,000 元)	<input type="checkbox"/> 固定式假牙(指牙冠或牙橋)_____顆(至多 10 顆)	(1 顆 3,400 元)	活動假牙維修費	<table border="1"> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/>假牙破裂維修費/單顆</td> <td>(上限 550 元)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>假牙添加費/單顆</td> <td>(上限 550 元)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>假牙線勾/個</td> <td>(上限 550 元)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>假牙硬式襯底/座</td> <td>(上限 1,750 元)</td> </tr> </tbody> </table>	<input type="checkbox"/> 假牙破裂維修費/單顆	(上限 550 元)	<input type="checkbox"/> 假牙添加費/單顆	(上限 550 元)	<input type="checkbox"/> 假牙線勾/個	(上限 550 元)	<input type="checkbox"/> 假牙硬式襯底/座	(上限 1,750 元)
	補助態樣	預估單價(補助金額)																													
	<input type="checkbox"/> 上、下顎全口活動假牙	(上限 3 萬 4,000 元)																													
	<input type="checkbox"/> 上顎全口活動假牙	(上限 1 萬 7,000 元)																													
	<input type="checkbox"/> 下顎全口活動假牙	(上限 1 萬 7,000 元)																													
	<input type="checkbox"/> 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙	(上限 2 萬 9,000 元)																													
	<input type="checkbox"/> 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙	(上限 2 萬 9,000 元)																													
	<input type="checkbox"/> 上、下顎部分活動假牙	(上限 2 萬 3,000 元)																													
	<input type="checkbox"/> 上顎部分活動假牙	(上限 1 萬 2,000 元)																													
	<input type="checkbox"/> 下顎部分活動假牙	(上限 1 萬 2,000 元)																													
	<input type="checkbox"/> 固定式假牙(指牙冠或牙橋)_____顆(至多 10 顆)	(1 顆 3,400 元)																													
	活動假牙維修費	<table border="1"> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/>假牙破裂維修費/單顆</td> <td>(上限 550 元)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>假牙添加費/單顆</td> <td>(上限 550 元)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>假牙線勾/個</td> <td>(上限 550 元)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>假牙硬式襯底/座</td> <td>(上限 1,750 元)</td> </tr> </tbody> </table>	<input type="checkbox"/> 假牙破裂維修費/單顆	(上限 550 元)	<input type="checkbox"/> 假牙添加費/單顆	(上限 550 元)	<input type="checkbox"/> 假牙線勾/個	(上限 550 元)	<input type="checkbox"/> 假牙硬式襯底/座	(上限 1,750 元)																					
<input type="checkbox"/> 假牙破裂維修費/單顆	(上限 550 元)																														
<input type="checkbox"/> 假牙添加費/單顆	(上限 550 元)																														
<input type="checkbox"/> 假牙線勾/個	(上限 550 元)																														
<input type="checkbox"/> 假牙硬式襯底/座	(上限 1,750 元)																														
<b>合計預估經費(補助總金額)</b>																															
預計診治步驟詳細說明	繪圖(缺牙處請打X)																														
																															
裝置假牙前(術前)照片粘貼欄- 1、患者口內上、下顎照片各 1 張 2、咬合面照或環口 X 光片 1 張																															

(可採數位照片或列印，清楚明確可辨認)

負責診治 醫師簽章		醫療院所 蓋章		就診者 同意簽章	(簽名或蓋章或捺指印)
牙醫師公會 審核	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 退件(原因: _____)			(審核之牙醫師簽名)	(公會章)
直轄市及縣 (市)政府 審核	<input type="checkbox"/> 通過。 核復公文 _____ 年 _____ 月 _____ 日○○○字第 號函 <input type="checkbox"/> 退件(原因: _____) 核復公文 _____ 年 _____ 月 _____ 日○○○字第 _____ 號函			直轄市及縣(市)政府 核章	

注意事項：

- 一、受理申請案時，應檢具本診治計畫書(一)及申請書以線上系統、掛號郵寄或親送至戶籍地直轄市及縣(市)政府申請。
- 二、申請案審核通過後，由戶籍地直轄市及縣(市)政府以公文通知牙科醫院(診所)及民眾後，始可辦理假牙之製作及裝置作業。
- 三、提供之服務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。
- 四、執行本計畫假牙裝置所涉爭議情事，請服務對象與健保特約牙科醫院(診所)雙方應檢具相關事證送直轄市及縣(市)政府調處。
- 五、服務對象如遇傷病、死亡等因素，致無法繼續完成裝置假牙，戶籍地直轄市及縣(市)政府得請牙科醫院診所檢附相關證明文件按假牙製作階段支付服務提供單位核定補助經費之比率：

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：30% 完成排牙：70% 已製作完成：80%
固定式假牙	牙齒取模：35% 已製作完成：80%

- 六、申請本假牙補助案件，民眾得自行選擇材質，其超出補助費用部分，得由民眾自行負擔或直轄市及縣(市)政府酌予補助。
- 七、有關假牙裝置費用，請依所轄直轄市及縣(市)衛生局核定牙醫醫療機構收費標準表辦理。
- 八、醫療費用領據(印領清冊)需附千分之四印花稅。

原住民族委員會補助苗栗縣政府 112 年度原住民族長者裝置假牙  
診治計畫書(二)

醫療院所代碼：\_\_\_\_\_ 醫療院所名稱：\_\_\_\_\_

醫療院所地址：\_\_\_\_\_

裝置假牙後(術後)照片粘貼欄-

- 1、活動假牙照片：上、下顎正面照片各 1 張
- 2、口外照片：正常咬合正面照片 1 張
- 3、取模後上、下顎石膏正面照片 1 張

(可採數位照片或列印，清楚明確可辨認)

<b>受理醫師核章</b>		<b>完成後 就診者簽章</b>	
醫療院所實際完成日	年 月 日		
醫療院所 申請補助金額	新台幣 元	直轄市及縣 (市)政府核定 文 號	核復公文 年 月 日○○○字第 號函

## 領 據

茲收到苗栗縣政府撥付本院所為原住民族長者 \_\_\_\_\_ (身分證字號： \_\_\_\_\_) 製作假牙費用，

補助態樣如下：

- 上、下顎全口活動假牙
- 上顎全口活動假牙
- 下顎全口活動假牙
- 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙
- 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙
- 上、下顎部分活動假牙
- 上顎部分活動假牙
- 下顎部分活動假牙
- 固定式假牙 \_\_\_\_\_ 顆(指牙冠或牙橋)
- 假牙維修費：
  - 假牙破裂維修費/單顎      假牙添加費/單顆
  - 假牙線(環)勾/個              假牙硬式襯底/座

裝置費用及維修費用，計新臺幣 萬 仟 佰 拾 元 整  
實屬無訛。

此致

苗栗縣政府

院所名稱： (簽章)

負責人： (簽章)

院所統一編號：

地址：

電話：

匯款銀行：

匯款帳戶：

匯款帳號：

中 華 民 國                      年                      月                      日

原住民族委員會補助苗栗縣政府 112 年度原住民族長者裝置假牙印領清冊

編號	申請者姓名	出生日期	身分證字號	電話	地址	補助態樣	核定經費	核定文號
合計							新臺幣	元

院所名稱： (簽章)

負責人： (簽章)

院所統一編號：

地址：

電話：

匯款銀行：

匯款帳戶：

匯款帳號：

## 原住民族長者裝置假牙申請流程

權責單位

作業流程

作業期限

服務對象第一類請攜帶健保卡前往全民健康保險特約牙科醫院(診所)申請

紙本作業  
線上作業

牙科醫院(診所)

牙科醫院(診所)檢具以下資料送申請者戶籍地之直轄市及縣(市)政府審查：

7 3

1. 申請書
2. 診治計畫書(一)

天內送件

牙科醫師公會  
地方政府

發文退件

不符合

### 審查作業

直轄市及縣(市)政府  
辦理資格審查；  
地方牙醫師公會  
辦理專業審查

須補正

通知補正

符合

審查作業不得超過

21 10

地方政府

由直轄市及縣(市)政府函知申請者及牙科醫院(診所)開始裝置或維修假牙

個工作日

牙科醫院(診所)

完成後，牙科醫院(診所)檢具以下事項向直轄市及縣(市)政府請款：

1. 領款收據或印領清冊
2. 診治計畫書(二)

完成裝置或維修假牙次日起  
14日內

地方政府

直轄市及縣(市)政府撥款予牙科醫院(診所)。

20 15



附表 6

## 補助基準一

補助項目	補助態樣	每年最高補助金額
1	上、下顎全口活動假牙	3 萬 4,000 元
2	上顎全口活動假牙	1 萬 7,000 元
3	下顎全口活動假牙	1 萬 7,000 元
4	上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙	2 萬 9,000 元
5	下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙	2 萬 9,000 元
6	上、下顎部分活動假牙	2 萬 3,000 元
7	上顎部分活動假牙	1 萬 2,000 元
8	下顎部分活動假牙	1 萬 2,000 元
9	固定式假牙(指牙冠或牙橋，至多 10 顆)	3,400 元/顆， 最高補助 3 萬 4,000 元
10	活動假牙維修費(如附表 10-補助基準二)	3,400 元

**備註：**

每名服務對象每年最高補助金額為 3 萬 4,000 元。舉例：核定補助上顎全口假牙計 1 萬 7,000 元，固定式假牙至多僅能補助 5 顆計 1 萬 7,000 元。

附表 7

## 補助基準二

補助項目	補助態樣	補助金額	每年最高補助金額/新臺幣
1	假牙破裂維修費/單顎	550 元	3,400 元
2	假牙添加費/單顎	550 元	
3	假牙線勾/個	550 元	
4	假牙硬式襯底/座	1,750 元	

**苗栗縣健保特約牙科醫院(診所)院所參加 112 年度補助原住民  
族長者裝置假牙實施計畫意願彙整表**

序號	地區	診所名稱	服務項目	預約電話	地址
1	竹南	吳牙醫診所	活動式假牙, 固定式假牙	037-466927	苗栗縣竹南鎮博愛街 79 號
2	竹南	牙德安牙醫診所	活動式假牙, 固定式假牙	037-479292	苗栗縣竹南鎮延平路 106 號
3	竹南	華信牙醫診所	活動式假牙, 固定式假牙	037-478837	苗栗縣竹南鎮博愛街 201 號
4	竹南	誠心牙醫診所	活動式假牙, 固定式假牙	037-551255	苗栗縣竹南鎮博愛街 104 號
5	頭份	哈佛牙醫診所	活動式假牙, 固定式假牙	037-690080	苗栗縣頭份市東民路 165 號
6	頭份	葉永正牙醫診所	活動式假牙, 固定式假牙	037-675067	苗栗縣頭份市自強路 33 號
7	頭份	光村牙醫診所	活動式假牙, 固定式假牙	037-602759	苗栗縣頭份市中正三路 179 號
8	頭份	全心牙醫診所	活動式假牙, 固定式假牙	037-676226	苗栗縣頭份市仁愛路 102 號

9	後龍	誠品牙醫診所	活動式假牙, 固定式假牙	037-729999	苗栗縣後龍鎮中華路 39-41 號
10	公館	康福牙醫診所	活動式假牙, 固定式假牙	037-232721	苗栗縣公館鄉玉泉村玉泉 259-10 號
11	苗栗市	衛生福利部苗栗醫院	活動式假牙, 固定式假牙	037-261920	苗栗市為公路 747 號
12	苗栗市	宏福牙醫診所	活動式假牙, 固定式假牙	037-352798	苗栗市縣府路 120 號 2F
13	苗栗市	大千牙醫診所	活動式假牙, 固定式假牙	037-357127	苗栗市大同路 119 號 1F
14	苗栗市	大千綜合醫院牙科部	活動式假牙, 固定式假牙	037-357125	苗栗市大同路 133 號 1F
15	苗栗市	洪牙醫診所	活動式假牙, 固定式假牙	037-354642	苗栗市中正路 427 號
16	苗栗市	天祥牙醫診所	活動式假牙, 固定式假牙	037-320171	苗栗市中正路 561 號
17	苗栗市	弘太牙醫診所	活動式假牙, 固定式假牙	037-320501	苗栗市中山路 403 號
18	苗栗市	張世澤牙醫診所	活動式假牙, 固定式假牙	037-353566	苗栗市中正路 667 號
19	苑裡	傑威牙醫診所	活動式假牙, 固定式假牙	037-856060	苗栗線苑裡鎮和平路 72 號
20	卓蘭	聖恩牙醫診所	活動式假牙, 固定式假牙	042-5897628	苗栗縣卓蘭鎮中山路 55 號
21	造橋	紐約牙醫診所	活動式假牙, 固定式假牙	037-563700	苗栗縣造橋村 9 鄰祥騰別墅 2 號
22	南庄	南庄牙醫診所	活動式假牙, 固定式假牙	037-825980	苗栗縣南庄鄉獅山村 3 鄰田美 71 號
23	三義	田牙醫診所	活動式假牙, 固定式假牙	037-879337	苗栗縣三義鄉中正路 117 號 1F
24	大湖	大順醫院牙科部	活動式假牙, 固定式假牙	037-997666	苗栗縣大湖鄉中山路 71 號
25	大湖	新全安牙醫診所	活動式假牙, 固定式假牙	037-995720	苗栗縣大湖鄉博愛街 29 號

## 附件 1

### 苗栗縣政府辦理原住民族長者補助裝置假牙執行計畫第○季成果表

#### 一、補助裝置假牙人數：

##### 1. 按年齡分：

統計時間：自 年 月 日至 年 月 日止

55-64 歲男性 \_\_\_人、女性\_\_\_人，補助金額\_\_\_\_\_元

65 歲以上男性 \_\_\_人、女性\_\_\_人，補助金額\_\_\_\_\_元

##### 2. 按族別分：

太魯閣族\_\_\_人、卡那卡那富族\_\_\_人、布農族\_\_\_人、卑南族\_\_\_人、

拉阿魯哇族\_\_人、阿美族\_\_人、泰雅族\_\_人、排灣族\_\_人、雅美族\_\_人、鄒族\_\_人、撒奇萊雅族\_\_人、魯凱族\_\_人、賽夏族人、賽德克族\_\_人、噶瑪蘭族\_\_人、邵族\_\_人、其他\_\_人。

### 3. 按地區分：

非原住民族地區\_\_人、原住民族地區\_\_人(平地鄉\_\_人、山地鄉人)

序號	補助態樣	年齡層	補助人次		補助金額 (元)
			男	女	
1	上、下顎全口活動假牙	55-64 歲			
		65 歲以上			
2	上顎全口活動假牙	55-64 歲			
		65 歲以上			
3	下顎全口活動假牙	55-64 歲			
		65 歲以上			
4	上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙	55-64 歲			
		65 歲以上			
5	下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙	55-64 歲			
		65 歲以上			
6	上、下顎部分活動假牙	55-64 歲			
		65 歲以上			
7	上顎部分活動假牙	55-64 歲			
		65 歲以上			
8	下顎部分活動假牙	55-64 歲			
		65 歲以上			
9	固定式假牙	55-64 歲			
		65 歲以上			
小計		55-64 歲			
		65 歲以上			
總計					

二、 補助假牙維修人數：

1. 按年齡分：

55-64歲男性 \_\_\_人、女性\_\_\_人，補助金額\_\_\_\_\_元

65歲以上男性 \_\_\_人、女性\_\_\_人，補助金額\_\_\_\_\_元

2. 按族別分：

太魯閣族\_\_\_人、卡那卡那富族\_\_\_人、布農族\_\_\_人、卑南族\_\_\_人、  
拉阿魯哇族\_\_\_人、阿美族\_\_\_人、泰雅族\_\_\_人、排灣族\_\_\_人、雅美  
族\_\_\_人、鄒族\_\_\_人、撒奇萊雅族\_\_\_人、魯凱族\_\_\_人、賽夏族  
人、賽德克族\_\_\_人、噶瑪蘭族\_\_\_人、邵族\_\_\_人、其他\_\_\_人。

3. 按地區分：

非原住民族地區\_\_\_人、原住民族地區\_\_\_人(平地鄉\_\_\_人、山地鄉  
人)

序號	維修項目	年齡層	補助人次		補助金額 (元)
			男	女	
1	假牙破裂維修費/單顎	55-64歲			
		65歲以上			
2	假牙添加費/單顆	55-64歲			
		65歲以上			
3	線勾/個	55-64歲			
		65歲以上			
4	硬式襯底/座	55-64歲			
		65歲以上			
小計		55-64歲			
		65歲以上			
總計					

三、 特約裝置假牙牙科醫院(診所)：

1. 醫學中心\_\_\_\_\_家
2. 區域醫院\_\_\_\_\_家
3. 地區醫院\_\_\_\_\_家
4. 特約診所\_\_\_\_\_家

承辦人：

業務主管：

填表說明：

本成果表按季以核定補助人數及補助態樣人次等作統計(含未核撥款案件)。

附件 2

原住民族委員會補助直轄市及縣(市)政府 112 年度辦理原住民族長者裝置假牙執行計畫經費支出明細表

統計時間：自 年 月 日至 年 月 日

編號	經費支出日期			姓名	性別	補助態樣	金額				
	年	月	日				萬	仟	佰	拾	元
01	110	5	1	○○○		上顎全口活動假牙	1	5	0	0	0
02	110	6	6	○○○		下顎全口活動假牙	1	5	0	0	0
						固定式假牙/2 顆		6	0	0	0
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											
本頁支出合計：				2	人	36,000	元				
總合計：				2	人	36,000	元				
填表說明：補助項目超過 1 項時，請自行增列欄位。											

承辦人：

業務主管：

經辦主計：

機關首長：

○○縣(市)政府112年度辦理原住民族長者裝置假牙補助計畫申請案件控管表 填表日期：

編號	狀態	申請者姓名	身分證字號	性別	族別	申請金額	申請補助態樣	申請日期	申請文號	申請醫院	申請醫院地址	核定日期	核定文號	核定金額	申請至核定天數	核定項目	撥款日期	撥款文號	備註	
範例	已核定 (未撥款)	○○○	U123456789	男	阿美	25000	活動式	111.01.01	1100000001	閃亮醫院	新北市新莊區	110.02.01	1100000002	27000		活動式	110.03.25	1100000003		
	已撥款						固定式									固定式				
	已結案						活動式+固定式									活動式+固定式			固定式假牙未施作	
							維修									維修				

填表說明：以提出申請時即做全案統計並統計全年度，例如第1季為1月1日至3月31日，第2季為1月1日至6月30日依此列推。

附件3





原住民族委員會補助○○縣政府  
112 年度辦理原住民族長者裝置假牙實施計畫  
滿意度問卷調查表

親愛的長輩您好：感謝您撥冗填寫這份問卷，這份問卷主要是想了解您對於補助裝置假牙措施的滿意情形，請您依照自己的實際情形回答，並在最適當的答案□裡打✓。您的寶貴意見，對於政府施政會有很大的幫助。本項調查並不會洩露您個人資料，請放心填答，在此感謝您的協助

○○縣政府○○局敬上 聯絡電話：○○○○

(二) 性別：男性 女性

(三) 族別：\_\_\_\_\_族

(四) 戶籍地：\_\_\_\_\_縣、市\_\_\_\_\_鄉、鎮、市、區

二、請問您從何處知道本項補助計畫（可複選）：

電視 報紙 網路 縣市政府 醫療院所 鄰里長  
親朋好友 其他\_\_\_\_\_

三、請問您申請假牙補助的時間是\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

核定施作假牙時間為\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日（請填寫地方政府函文日期）

完成裝置假牙的日期是\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

四、請問您的裝置假牙還在使用中嗎？

有  
沒有

五、目前您裝置的假牙還舒適嗎？

非常舒適  
舒適  
沒意見  
不舒適  
非常不舒適

六、您覺得補助裝置假牙對您的飲食有沒有幫助？

非常有幫助  
有幫助  
沒意見  
沒有幫助  
非常沒有幫助

七、您覺得這次申請假牙補助的手續方不方便？

非常方便  
方便

- 沒意見
- 不方便
- 非常不方便

八、請問您在假牙製作或維修的過程裡，自行負擔費用為何？

- 沒有
- 有，約收費\_\_\_\_\_元？

九、您對原住民族委員會開辦原住民族長者補助裝置假牙計畫滿不滿意？

- 非常滿意
- 滿意
- 沒意見
- 不滿意（請續答十）
- 非常不滿意（請續答十）

十、請問您不滿意的原因是？（可複選）

- 醫院(診所)太少
- 申請程序複雜
- 口腔檢查時間太久
- 核准通知時間太久
- 其他\_\_\_\_\_

十一、建議事項：

---

---

附件 5	<b>原住民族委員會補助○○縣政府 112 年度辦理原住民族長者裝置假牙執行計畫 第一期經費執行明細表</b>			
範例				
申請單位：○縣(市)政府				
執行期程：自 112 年 1 月 1 日起至 110 年 12 月 31 日				
年度計畫原民會補助金額：新臺幣 100 萬元整				
(單位：新臺幣元)				
原民會 年度核定金額	已撥數(元) 40%	執行數(元) (C)	執行率 (D)=C/B	賸餘款 (E)=B-C
製作或維修假牙費及成本補貼費(A)	(B)			
1,000,000	500,000	420,000	84%	80,000

承辦人：

業務主管：

經辦主計：

機關首長：

附件 6	<b>原住民族委員會補助○○縣政府 112 年度辦理原住民族長者裝置假牙執行計畫 經費結報明細表</b>			
範例				
申請單位：○縣(市)政府				
執行期程：自 112 年 1 月 1 日起至 112 年 12 月 31 日				
年度計畫原民會補助金額：新臺幣 100 萬元整				
(單位：新臺幣元)				
製作或維修假牙費及成本補貼費 (A)	已撥數(元) (B)	執行數(元) (C)	達成率 (D)=C/A	賸餘款 (E)=B-C

1,000,000	500,000	420,000	42%	80,000
-----------	---------	---------	-----	--------

承辦人：

業務主管：

經辦主計：

機關首長：