

發文方式：郵寄

檔 號：

保存年限：

## 臺南市政府 函

710  
台南市永康區中華路196之14號10樓

地址：708201臺南市安平區永華路2段6號  
承辦人：林沂蓁  
電話：06-2991111#1554  
傳真：06-2990185  
電子信箱：hozuki@mail.tainan.gov.tw

受文者：社團法人台南市牙醫師公會

發文日期：中華民國111年1月13日  
發文字號：府原社字第1110111523號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：111年度補助原住民族長者裝置假牙實施計畫

主旨：檢送本府辦理「111年度補助原住民族長者裝置假牙實施計畫」，自即日起開始受理至111年10月31日截止，敬請貴院（所）協助宣傳，請查照。

說明：

- 一、依據旨揭計畫辦理。
- 二、為提升本市55歲以上原住民長者咀嚼功能，強化消化系統、確保健康機能，維持其基本生活品質與尊嚴，蒙貴院（所）俞允加入計畫特約牙科醫療院所，謹致謝忱。
- 三、目前本市針對原住民長者實施假牙補助計畫計有3項，請貴（院）所協助族人，依下列資格分流提出申請。
  - （一）55歲以上原住民長者，具低/中低收身分：依社會局111年度「中低收入老人補助裝置假牙實施計畫」申請補助。
  - （二）55歲以上原住民長者，須裝置全口或半口假牙：請先依衛生局「65歲以上老人暨55歲以上原住民免費裝置全口活動假牙計畫」申請補助後，再行申請本項計畫補助。
  - （三）55歲以上原住民長者，未符合上述服務對象：適用本計畫。

正本：本市各特約牙科醫院診所

副本：社團法人台南市牙醫師公會、臺南市政府衛生局（含附件）、臺南市政府社會局（含附件）、臺南市政府原住民族事務委員會

市長黃偉哲

本案依分層負責規定授權處、會、局主管決行

收文日期: 111年1月19日	第 44 號 簽章													
批示日期: 111年1月19日														
批示項目	<input type="checkbox"/> 存查	<input checked="" type="checkbox"/> 轉知	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 全體會員	2. 學術主委	3. 健保主委	4. 環保主委	5. 口衛主委	6. 聯誼主委	7. 總務主委	8. 資訊主委	9. 偏遠主委	10. 公關主委	11. 法令主委	12. 特種主委

理事長 王俊凱

花PO  
藍禮網  
金

# 臺南市政府 111 年度辦理原住民族長者裝置假牙 實施計畫

## 壹、辦理單位

承辦機關：臺南市政府

協辦單位：臺南市牙醫師公會、健保特約牙科醫院(診所)

## 貳、實施地區

臺南市全(37)區

## 參、辦理方式

### 一、申請程序：

(一) 服務對象：年滿 55 歲以上原住民，資格限制如下：

- 1、設籍本市年滿 55 歲以上之原住民長者，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」、本市「65 歲以上老人暨 55 歲以上原住民免費裝置全口活動假牙計畫」服務對象，或未申請其他政府機關所辦假牙補助者。
- 2、服務對象 111 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) 程序：

### 1、紙本申請：

- (1) **提出申請**：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，並協助申請者填具申請書【附件 2~4】後，連同診治計畫書(一)【附件 5】、戶籍資料等原住民身分證明文件，於 7 日內送本府委託之本市牙醫師公會進行審查。
- (3) **審查作業**：由本府辦理申請者資格審查作業，至涉及醫



療專業部分須由本市牙醫師公會轉請指派具合格牙醫師證書者辦理。

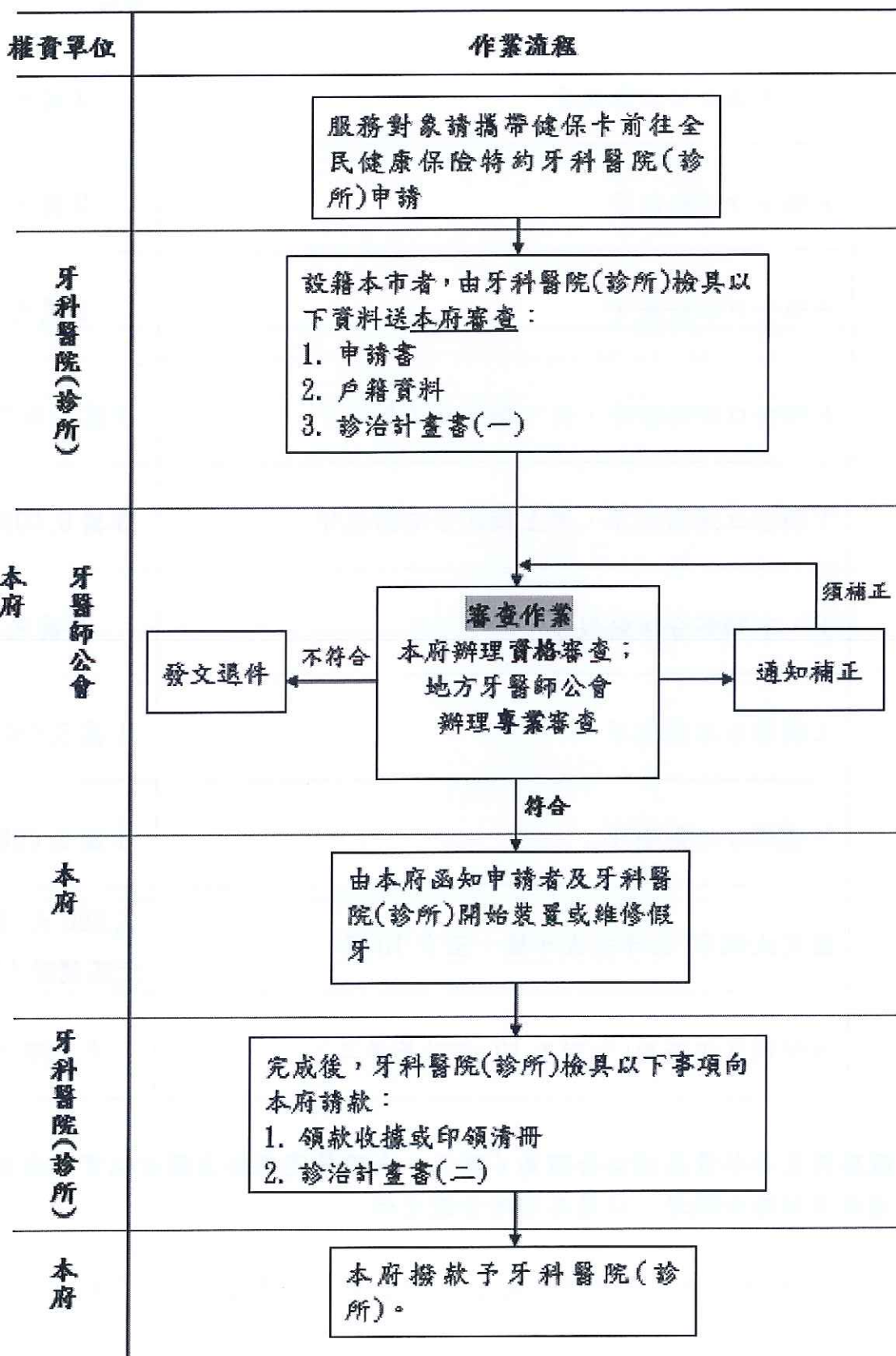
- (4) **裝置或維修假牙**：經審核通過後，本府將發核定函予申請者及提供口腔檢查服務之健保特約牙科醫院(診所)，始得製作或維修假牙。
- (5) **補助請款**：由健保特約牙科醫院(診所)檢具原申請文件、核定函影本、診治計畫書(二)【附件6】、滿意度調查表、醫療費用明細及領據或印領清冊【附件7、附件6-1、附附件6-2】送本市牙醫師公會審核後，向本府申領款項。

## 2、線上申請：

- (1) **提出申請**：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**：由本府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地方牙醫師公會轉請指派具合格牙醫師證書者於審核系統辦理。
- (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)，本府亦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)【附件6】、滿意度調查表【附件7】、醫療費用明細及領據或印領清冊【附件6-1、附附件6-2】，由牙醫師公會審核後，向本府申領款項。
- (6) 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，原住民族委員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，凡結案完成撥款者，每案件補貼新臺幣 100 元整。

二、申請流程圖：



### 三、補助類別、單價及數量

#### (一) 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	4 萬元
2	上顎全口活動假牙	2 萬元
3	下顎全口活動假牙	2 萬元
4	上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙	3 萬 5,000 元
5	下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙	3 萬 5,000 元
6	上、下顎部分活動假牙	3 萬元
7	上顎部分活動假牙	1 萬 5,000 元
8	下顎部分活動假牙	1 萬 5,000 元
9	固定式假牙(指牙冠或牙橋，至多 10 顆)	4,000 元/顆， 最高補助 4 萬元
10	活動假牙維修費(如附表 10-補助基準二)	6,000 元

**備註：**

每名服務對象每年最高補助金額為 4 萬元，未達最高補助金額者以實際金額支付，逾最高補助金額者，以最高補助金額支付。

舉例：核定補助上顎全口假牙計 2 萬元，固定式假牙至多僅能補助 5 顆計 2 萬元。



## (二) 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/單顆	1,000 元	6,000 元
2	假牙添加費/單顆	1,000 元	
3	假牙線勾/個	1,000 元	
4	假牙硬式襯底/座	3,000 元	

## 肆、服務品質監督及調處機制

一、服務品質：「服務提供單位」應提供口腔檢查及裝置或維修假牙服務。

(一) 「服務提供單位」：由具有合格牙醫師證書、開業執照及執業執照，且為健保特約牙科醫院(診所)擔任。

(二) 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。

(三) 服務對象如遇傷病、死亡等因素，致無法繼續完成裝置活動假牙，戶籍地直轄市及縣(市)政府得按假牙製作階段支付服務提供單位。

(四) 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%

## 二、成立調處機制

- (一) 成立調處小組：由本府與本市牙醫師公會成立爭議調處小組，處理爭議情事。
- (二) 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；如涉及自費項目，則需以醫療糾紛辦理。
- (三) 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府(戶籍地)調處，必要時調處小組得請雙方出席說明。倘服務對象第一類與健保特約牙科醫院(診所)非位於設籍於本市時，得由本府協調居住地之地方政府與牙醫師公會代為調處。

三、自行迴避原則：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：

- (一) 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。
- (二) 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。
- (三) 現為或曾為該事件當事人之代理人、輔佐人者。
- (四) 於該事件，曾為證人、鑑定人者。

四、服務對象及診所若有填報不實、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。

**伍、本計畫奉核後自公告之日起開始實施，修正時亦同。**



## 原住民族委員會補助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>	姓名	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 111 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，並同意提供貴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    臺南市政府

申請人(代理人)簽章： \_\_\_\_\_

申請日期：            年            月            日

## 切 結 書

本人\_\_\_\_\_已充分了解臺南市各項「補助原住民長者裝置假牙計畫」及申請補助對象資格、補助項目、補助金額等相關規定，且於 111 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。因個人因素，自願放棄申請臺南市提供之其他假牙計畫補助，選擇申請「臺南市政府 111 年度辦理原住民族長者裝置假牙實施計畫」，若有任何糾葛，均由本人自負全責。

此致 臺南市政府

立切結書人：（簽名及蓋章）

身分證字號：

戶籍地址：

中 華 民 國                      年                      月                      日

## 自費同意書

本人\_\_\_\_\_申請「臺南市政府 111 年度辦理原住民族長者裝置假牙實施計畫」，已充分了解申請補助對象資格、補助項目、補助金額等相關規定，因病情需求，本人或家屬經牙醫師\_\_\_\_\_詳細說明後，已確實瞭解所提供之醫療費用超出申請計畫補助金額，自願負擔補助之額外費用（醫療項目及費用如背面列表），共計新臺幣\_\_\_\_\_元。

此致 臺南市政府

立同意書人：(簽名及蓋章)

與病人關係：

身分證字號：

聯絡電話：

戶籍地址：

中 華 民 國                      年                      月                      日



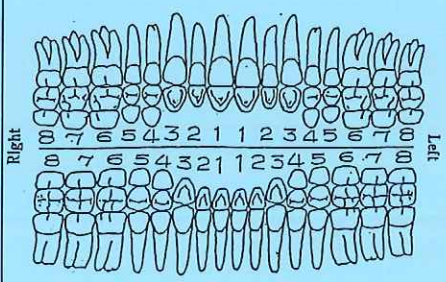
### 醫療項目及費用

品項	單價	數量	補助金額	自費金額	合計
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					
活動 假牙 維修	假牙破裂維修費/單顎				
	假牙添加費/單顎				
	假牙線勾/個				
	假牙硬式襯底/座				
固定式假牙 (指牙冠或牙橋，至多補助 10 顆)					
其他自費項目：			/		
總計					

## 原住民族委員會補助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		
<b>評估項目</b>	<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	
<b>診治項目</b>	<b>補助態樣</b>	
	<input type="checkbox"/> 上、下顎全口活動假牙      (上限 4 萬元)	
	<input type="checkbox"/> 上顎全口活動假牙      (上限 2 萬元)	
	<input type="checkbox"/> 下顎全口活動假牙      (上限 2 萬元)	
	<input type="checkbox"/> 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙      (上限 3 萬 5,000 元)	
	<input type="checkbox"/> 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙      (上限 3 萬 5,000 元)	
	<input type="checkbox"/> 上、下顎部分活動假牙      (上限 3 萬元)	
	<input type="checkbox"/> 上顎部分活動假牙      (上限 1 萬 5,000 元)	
	<input type="checkbox"/> 下顎部分活動假牙      (上限 1 萬 5,000 元)	
	<input type="checkbox"/> 固定式假牙(指牙冠或牙橋)_____顆(至多 10 顆)      (1 顆 4,000 元)	
	活動假牙維修費	<input type="checkbox"/> 假牙破裂維修費/單顆      (上限 1,000 元)
	<input type="checkbox"/> 假牙添加費/單顆      (上限 1,000 元)	
<input type="checkbox"/> 假牙線勾/個      (上限 1,000 元)		
<input type="checkbox"/> 假牙硬式襯底/座      (上限 3,000 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 1 張
- 3、口外照片全臉 1 張
- 4、施作固定式假牙：檢附術前 X 光片 1 張

(固定式假牙需檢附第 1~4 項)

(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 府原社字第 號函 <input type="checkbox"/> 退件(原因： ) 核復公文 年 月 日府原社字第 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，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；如涉及自費項目衍生相關醫療糾紛，則以醫療爭議調處辦理。
- 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。
- 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。
- 九、醫療費用實收金額將扣除 10%代扣所得稅、轉帳手續費(臺灣銀行帳戶無須轉帳手續費)。
- 十、如施作固定式假牙，請檢附術前、術後 X 光片。









## 領 據

茲收到 臺南市政府 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/單顎
  - 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

臺南市政府

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臺南市政府**  
**111 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。

臺南市政府原住民族事務委員會 敬上 聯絡電話：06-2958586

一、基本資料：

(一) 年齡層：55-64 歲 65 歲以上

(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、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

五、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

六、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

七、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？

八、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）

九、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、建議事項：

---

---

原住民委員會補助原住民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

\*醫療費用領據(印領清冊)需附千分之四印花稅\*

\*實收金額將扣除 10%代扣所得稅、轉帳手續費(臺灣銀行帳戶無須轉帳手續費)\*

院所名稱：

負責人：

院所統一編號：

地址：

電話：

匯款銀行/分行：

匯款帳戶：

匯款帳號：

(簽章)

(簽章)

匯款帳戶影本黏貼處



