

臺南市政府政府 115 年度辦理原住民族長者裝置假牙 實施計畫

壹、辦理單位

指導單位：原住民族委員會

承辦單位：臺南市政府原住民族事務委員會

協辦單位：臺南市政府衛生局、臺南市政府社會局、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、服務對象資格、申請程序、補助態樣及基準：

(一) 服務對象為年滿 55 歲以上原住民，資格限制如下：

- 1、經醫師評估缺牙需裝置假牙，且非衛生福利部「中低收入老人補助裝置假牙實施計畫」服務對象資格者。
- 2、未申請其他政府機關所辦假牙計畫補助者。
- 3、服務對象獲本計畫補助，5 年內(含本年度)最高補助金額不得逾新臺幣 4 萬 4,000 元整(假牙維修不在此限)。
- 4、服務對象同一顎或同一牙位已取得相同補助項目者，須於滿五年以上，經評估有重新裝置必要，始得重新提出申請。

(二) 申請程序(線上為主、紙本為輔)：

1、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，於本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：由戶籍地直轄市及縣(市)政府於審核系統辦

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，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)，戶籍地直轄市及縣(市)政府亦應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成果表【附表 3】、領據及印領清冊【附表 4-1、附表 4-2】向戶籍地直轄市及縣(市)政府申領款項。

2、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表【附表 1】後，連同診治計畫書【附表 2】於 7 日內送申請者之戶籍地直轄市及縣(市)政府審查。
- (3) **審查作業**：由戶籍地直轄市及縣(市)政府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。
- (4) **裝置或維修假牙**：經審核通過後，戶籍地直轄市及縣(市)政府應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)檢具診治成果表【附表 3】、領據及印領清冊【附表 4-1、附表 4-2】向戶籍地直轄市及縣(市)政府申領款項。

肆、申請流程圖：

權責單位	作業流程	預估 作業期限
	<p>服務對象請攜帶健保卡前往全民健康保險特約牙科醫院(診所)申請</p>	<p>紙本作業 線上作業</p>
牙科醫院(診所)	<p>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： 1. 申請書 2. 診治計畫書</p>	<p>7 3 天內送件</p>
<p>牙醫師公會 地方政府</p>	<p>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</p> <p>不符合 → 發文退件</p> <p>須補正 → 通知補正</p> <p>符合 →</p>	<p>審查作業不得超過 21 10 個工作日</p>
地方政府	<p>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</p>	
牙科醫院(診所)	<p>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. 領款收據及印領清冊 2. 診治成果表</p>	<p>完成裝置或維修假牙次日起 14日內</p>
地方政府	<p>直轄市及縣(市)政府撥款予牙科醫院(診所)。</p>	<p>20 15 日</p>

附表 2

原住民族委員會原住民族長者裝置假牙實施計畫診治計畫書

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	補助態樣		
	<input type="checkbox"/> 上、下顎全口活動假牙	(上限 4 萬 4,000 元)	
	<input type="checkbox"/> 上顎全口活動假牙	(上限 2 萬 2,000 元)	
	<input type="checkbox"/> 下顎全口活動假牙	(上限 2 萬 2,000 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 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 3 萬 9,000 元)	
	<input type="checkbox"/> 上、下顎部分活動假牙	(上限 3 萬 3,000 元)	
	<input type="checkbox"/> 上顎部分活動假牙	(上限 1 萬 7,000 元)	
	<input type="checkbox"/> 下顎部分活動假牙	(上限 1 萬 7,000 元)	
	<input type="checkbox"/> 固定式假牙(指牙冠或牙橋) _____ 顆(至多 10 顆)	(1 顆 4,400 元)	
	活動假牙維修費	<input type="checkbox"/> 假牙破裂維修費/單顆	(上限 1,100 元)
		<input type="checkbox"/> 假牙添加費/單顆	(上限 1,100 元)
		<input type="checkbox"/> 假牙線勾/個	(上限 1,100 元)
		<input type="checkbox"/> 假牙硬式襯底/座	(上限 3,300 元)
合計預估經費(補助總金額)			
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

(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。

原住民族委員會原住民族長者裝置假牙實施計畫診治成果表

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
- 4、固定式假牙術後 X 光片 1 張

(可採數位照片或列印，清楚明確可辨認)

受理醫師核章		完成後 就診者簽章	
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 **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

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

附表 4-2

原住民族委員會原住民族長者裝置假牙實施計畫印領清冊

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：

附表 5

原住民族長者裝置假牙實施計畫申請流程圖

權責單位	作業流程	作業期限
	<p>服務對象請攜帶健保卡前往全民健康保險特約牙科醫院(診所)申請</p>	<p>紙本作業 線上作業</p>
牙科醫院(診所)	<p>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： 3. 申請書 4. 診治計畫書</p>	<p>7 3 天內送件</p>
<p>牙醫師公會 地方政府</p>	<p>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</p> <p>不符合 → 發文退件</p> <p>須補正 → 通知補正</p> <p>符合</p>	<p>審查作業不得超過 21 10 個工作日</p>
地方政府	<p>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</p>	
牙科醫院(診所)	<p>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： 4. 領款收據及印領清冊 5. 診治成果表</p>	<p>完成裝置或維修假牙次日起 14 日內</p>
地方政府	<p>直轄市及縣(市)政府撥款予牙科醫院(診所)。</p>	<p>20 15 日</p>

附表 6

補助基準一

補助項目	補助態樣	原民會補助最高金額	市府加碼
1	上、下顎全口活動假牙	4 萬元	<u>4,000 元</u>
2	上顎全口活動假牙	2 萬元	<u>2,000 元</u>
3	下顎全口活動假牙	2 萬元	<u>2,000 元</u>
4	上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙	3 萬 4,000 元	<u>5,000 元</u>
5	下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙	3 萬 4,000 元	<u>5,000 元</u>
6	上、下顎部分活動假牙	2 萬 8,000 元	<u>5,000 元</u>
7	上顎部分活動假牙	1 萬 4,000 元	<u>3,000 元</u>
8	下顎部分活動假牙	1 萬 4,000 元	<u>3,000 元</u>
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)	<u>400 元/顆</u> <u>最高補助</u> <u>4,000 元</u>
10	活動假牙維修費(如附表 7-補助基準二)	4,000 元	2,600 元
<p>備註： 每名服務對象每年最高補助金額為 4 萬 4,000 元。舉例：核定補助上顎全口假牙計 2 萬 2,000 元，固定式假牙至多僅能補助 5 顆計 2 萬 2,000 元。(補助比例如表 6)</p>			

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	
			原民會	市府加碼
1	假牙破裂維修費/單顎	1,100 元	700 元	400 元
2	假牙添加費/單顆	1,100 元	700 元	400 元
3	假牙線勾/個	1,100 元	700 元	400 元
4	假牙硬式襯底/座	3,300 元	1,900 元	1,400 元