

新北市政府原住民族行政局

辦理原住民長者補助裝置假牙計畫

壹、緣起與目的：

原住民族因飲食文化特性，至老年時期發生嚴重落牙、口腔疾病，或導致口腔問題層出不窮，因臉部或口腔美觀程度，影響人際互動，齒列長期不整或缺牙，影響咀嚼功能，造成老年健康照護問題，是以新北市政府透過假牙裝置補助計畫，減輕原住民老人經濟負擔，並回復正常人際互動關係，進而改善原住民老人生活品質。

貳、指導機關：原住民族委員會(以下簡稱原民會)、新北市政府。

辦理機關：新北市政府原住民族行政局(以下簡稱本局)。

協辦單位：新北市牙醫師公會(以下簡稱牙醫師公會)、新北市境內全民健康保險特約之公私立牙科診所(以下簡稱健保特約牙科醫院(診所))、本市區公所。

參、申請資格條件及最高補助金額：

一、申請本局補助者，最高補助四萬元

(一)設籍新北市(以下簡稱本市)一年以上且年滿五十五歲以上之原住民長者，經醫師評估缺牙需裝置假牙者，且具有本市低收入戶、中低收入戶、或符合家庭總收入按全家人口平均分配，每人每月未超過本市當年度最低生活費標準二倍者。

(二)前項所稱家庭總收入計算基準，比照社會救助法及其施行細則辦理；所稱全家人口計算範圍為申請人、配偶、戶籍內直系血親、同一戶籍共同生活之兄弟姐妹及認列綜合所得稅扶養親屬免稅額之納稅義務人。

二、申請原民會補助者，最高補助三萬元

(一)設籍本市年滿五十五歲以上之原住民長者，經醫師評估缺牙需裝置假牙者，且未符合衛生福利部「低收、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。

(二)設籍本市年滿五十五歲以上之原住民長者，回溯本(109)年1月1日起已逕向健保特約牙科醫院(診所)申請裝置假牙，並於本計畫函頒前已完成裝置假牙者或本計畫函頒時尚未完成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。

肆、申請程序：由申請人依下列方式擇一申請。

一、申請人至健保特約牙科醫院(診所)

- (一)提出申請：申請人攜帶健保卡向健保特約牙科醫院(診所)申請。
- (二)口腔檢查：由特約牙科醫院(診所)提供口腔檢查服務，並協助申請者填具「原住民長者補助裝置假牙申請表(附件一)」後，連同裝置診治計畫書(附件四)於7日內送本局審查。
- (三)審查作業：由本局進行資格審查，並轉請牙醫師公會辦理專業審查。
- (四)裝置假牙：經本局審查通過後，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)，始得製作假牙。
- (五)補助請款：由健保特約牙科醫院(診所)檢具診治計畫書(附件五)及領據(附件七)或印領清冊(附件八)向本局申請款項。

二、申請人至區公所申請

- (一)提出申請：區公所協助申請人填具「原住民長者補助裝置假牙申請表」(附件一)，及檢核相關資料(如55歲以上之原住民身分、低收入、中低收入戶、或全家收入未超過本市當年度最低生活費標準二倍者)。
- (二)口腔檢查：申請人攜健保卡及申請表至特約牙科醫院(診所)提供口腔檢查服務，並由特約牙科醫院(診所)提具裝置診治計畫書(附件四)。
- (三)審查作業：
 - 1.申請人將「原住民長者補助裝置假牙申請表」(附件一)，及裝置診治計畫書(附件四)送區公所，由區公所轉送本局審查。
 - 2.由本局受理及進行資格審查，並轉請牙醫師公會辦理專業審查。
- (四)裝置假牙：經本局審查通過後，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)，並副知區公所，始得製作假牙。
- (五)補助請款：申請人將健保特約牙科醫院(診所)檢具之診治計畫書(附件五)及領據(附件六)等資料送區公所，並由區公所轉送本局申請款項。

三、回溯至109年1月1日起已完成裝置假牙且未申請本府各機關辦理之假牙補助者：

- (一)提出申請：申請者填具「原住民長者補助裝置假牙申請表」(附件二)，並提具領據(附件六)、健保特約牙科醫院(診所)開立之診斷證明及病歷表送件至本局申請。
- (二)審查作業：由本局進行資格審查，並轉請牙醫師公會辦理專業審查。

(三)補助撥款：經本局及牙醫師公會審查合格後，即辦理撥款作業。

伍、補助項目及費用(對照表詳如附件三)

一、本局補助項目：

- (一) 全口活動假牙：最高補助 4 萬元整。
- (二) 上顎半口活動假牙：最高補助 2 萬元整
- (三) 下顎半口活動假牙：最高補助 2 萬元整。
- (四) 上顎半口活動假牙，併下顎部分活動假牙：最高補助 3 萬 5 千元整。
- (五) 下顎半口活動假牙，併上顎部分活動假牙：最高補助 3 萬 5 千元整。
- (六) 上顎或下顎部分活動假牙：最高補助 1 萬 5 千元。
- (七) 上顎部分活動假牙：最高補助 1 萬 5 千元。
- (八) 下顎部分活動假牙：最高補助 1 萬 5 千元。
- (九) 固定式假牙(指牙冠或牙橋)：單顆最高補助 5 千元，最多以補助 3 顆為限。
- (十) 申請本假牙補助案件，超出費用部分，由申請人自費辦理。

二、原民會補助項目：

- (一)全口活動假牙：最高補助 3 萬元整。
- (二)上顎半口活動假牙：最高補助 1 萬 5 千元整。
- (三)下顎半口活動假牙：最高補助 1 萬 5 千元整。
- (四)上顎半口活動假牙，併下顎部分活動假牙：最高補助 2 萬 5 千元整。
- (五)下顎半口活動假牙，併上顎部分活動假牙：最高補助 2 萬 5 千元整。
- (六)上顎或下顎部分活動假牙：最高補助 2 萬元。
- (七)上顎部分活動假牙：最高補助 1 萬元。
- (八)下顎部分活動假牙：最高補助 1 萬元。
- (九)固定式假牙(指牙冠或牙橋)：單顆最高補助 3 千元，最多以補助 10 顆為限。
- (十)活動假牙維修費：3 千元。
- (十一)申請本假牙補助案件，超出費用部分，由申請人自費辦理。

陸、其他

- 一、同一牙位已申請本補助者，固定假牙自當年起五年內不得再次申請本補助，活動假牙自當年起二年內不得再次申請本計畫補助。

- 二、受補助者因裝置假牙所涉爭議情事，由本市醫事審議委員會進行醫療爭議調處。
- 三、裝置假牙服務之執行單位對假牙製作及裝載後需提供一年之調整服務，以保障服務品質。
- 四、本局得隨時抽查申請補助類別、製作醫院或診所相關資料，申請人、醫院或診所如有填報不實、隱匿事實、溢領補助或違反相關法令情事者，其所領取補助，應予返還，涉及刑責者移送司法機關辦理。
- 五、本計畫所需經費，由原民會 109 年度公益彩券回饋金及新北市政府公益彩券盈餘分配相關經費項下支應。
- 六、經費用罄時，將公告不再受理申請。

新北市政府原住民族行政局辦理 原住民長者補助裝置假牙流程圖

申請

申請者攜帶健保卡前往健保特約牙科醫院(診所)或本市區公所申請，並檢具下列資料：

1. 申請表(附件一)。
2. 列冊低收入戶證明、中低收入戶證明或全戶戶籍謄本及戶籍內成員之所得證明

資料送審(7日內)

健保特約牙科醫院(診所)或區公所檢具以下資料郵寄或親送至新北市政府原民局：

1. 申請表(附件一)。
 2. 診治計畫書(附件四)。
- 勾選福利身分: 低收入、中低收入戶之申請者需附低收入戶證明、中低收入戶證明或全戶戶籍謄本及戶籍內成員之所得證明。

審查(14日內)

1. 資格審查：本局收件後完成上項送審資料的資格審查。
2. 專業審查：符合者，本局將相關資料函送本市牙醫師公會辦理專業審查。

資格不符者
函文退件

缺件者
退請補

核定及製作

本局函知申請者及牙科醫療院所或副知區公所核定補助後，牙科醫療院所即開始裝置或維修假牙，並於文到三個月內完成假牙裝設。

請款

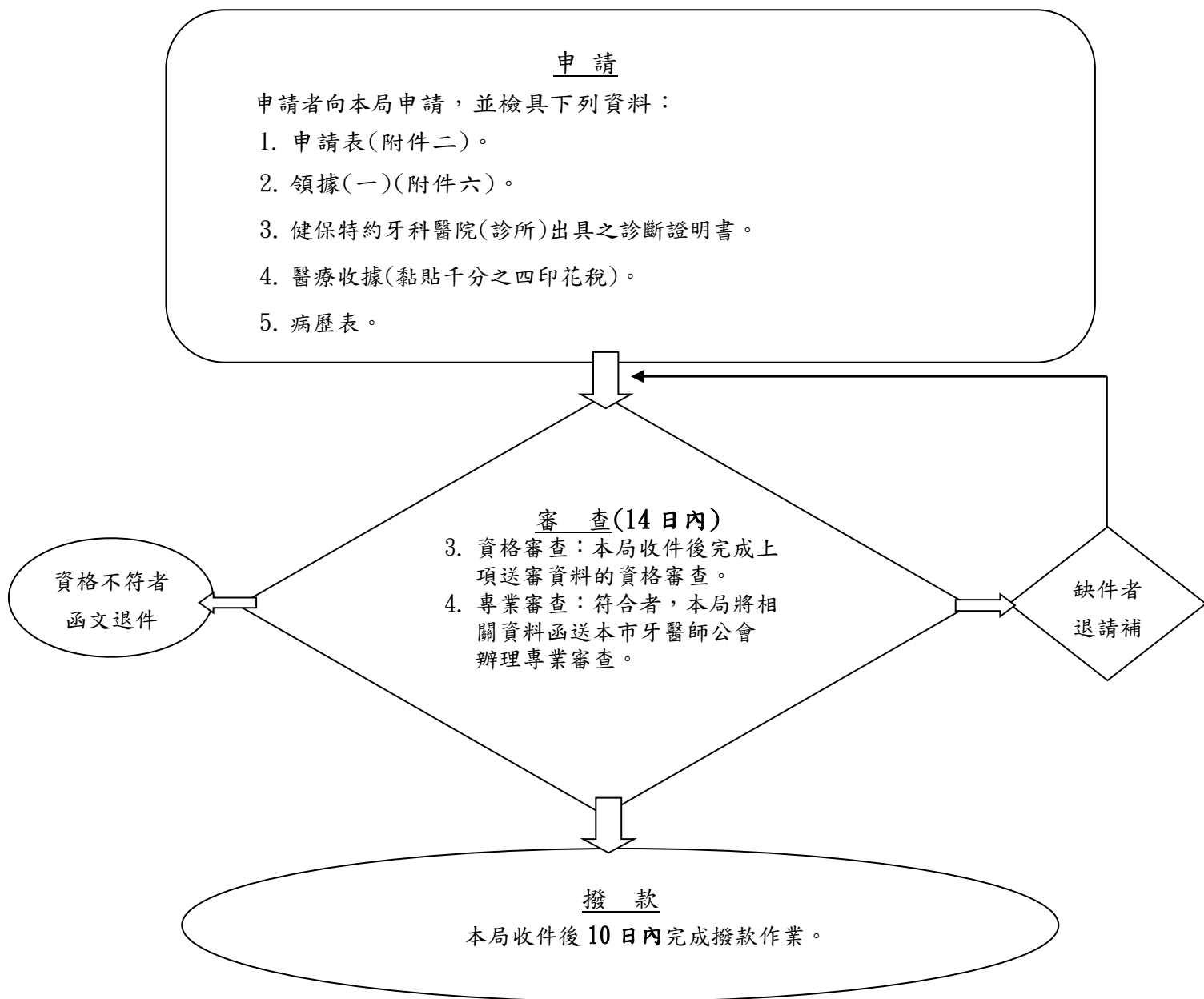
健保特約牙科醫院(診所)或協請區公所向本局請款，並檢具以下資料：

1. 診治計畫書(附件五)。
2. 領據(附件六)。
3. 領據(附件七)或印領清冊(附件八)(由健保特約牙科醫院(診所)向本局請款)。
4. 醫療收據(黏貼千分之4印花稅)。

撥款

本局收件後 10 日內完成撥款作業。

新北市政府原住民族行政局辦理 原住民長者補助裝置假牙流程圖(回溯)



附件一

新北市政府原住民族行政局辦理原住民長者補助裝置假牙申請表

收件日期： 年 月 日

申請人基本資料	姓名		性別		出生日期	年 月 日
			身分證 統一編號			族別
	電話			手機		
	戶籍地址					
	居住地址	□同上 □另列如右：				
福利身分	<input type="checkbox"/> 低收入戶	<input type="checkbox"/> 中低收入戶	<input type="checkbox"/> 未超過最低生活費 2 倍者(由原民局核定)			<input type="checkbox"/> 無(一般戶)
申請補助應備文件	<p>符合福利身分者：</p> <p><input type="checkbox"/>新北市政府原民局辦理原住民長者補助裝置假牙申請表。</p> <p><input type="checkbox"/>牙科醫療院所出具之裝置假牙診治計畫書(附件四)。</p> <p><input type="checkbox"/>全戶戶籍謄本及戶籍內成員所得證明或低收入戶、中低收入戶證明。</p>					
	<p>一般戶者：</p> <p><input type="checkbox"/>新北市政府原民局辦理原住民長者補助裝置假牙申請表。</p> <p><input type="checkbox"/>牙科醫療院所出具之裝置假牙診治計畫書(附件四)。</p>					
切結書	<p>本人(申請人)_____茲申請新北市政府辦理原住民老人補助裝置假牙，本人已充分了解並符合本計畫申請補助類別資格規定，且未於2年內領有相同補助，或其他政府機關所辦假牙計畫之補助。</p> <p>本人上述所填各項資料均完全屬實，並同意提供新北市政府原民局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。</p> <p>(如為代理申請，代理人應將表內事項詳細告知申請人)</p>					
	<p>此致</p> <p>新北市政府原民局</p> <p style="text-align: right;">申請人(代理人)簽章：_____</p> <p style="text-align: right;">申 請 日 期： 年 月 日</p>					

附件二

新北市政府原住民族行政局辦理原住民長者補助裝置假牙申請表

(回溯至本年1月1日起至函頒日為止,已裝置假牙完成者)

收件日期: 年 月 日

申請人基本資料	姓名	性別	出生日期	年	月	日
		身分證統一編號		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:				

應備文件	<input type="checkbox"/> 新北市政府原民局辦理原住民長者補助裝置假牙申請表。 <input type="checkbox"/> 領據(附件六)。 <input type="checkbox"/> 健保特約牙科醫院(診所)開立之診斷證明。 <input type="checkbox"/> 病歷表。
------	---

本人(申請人)_____茲申請新北市政府辦理原住民老人補助裝置假牙,本人已充分了解並符合本計畫申請補助類別資格規定,且未於2年內領有相同補助,或其他政府機關所辦假牙計畫之補助。

本人上述所填各項資料均完全屬實,並同意提供新北市政府原民局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

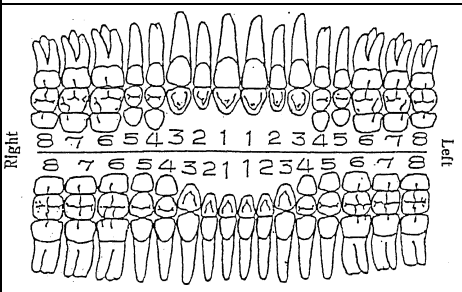
新北市政府原住民族行政局

申請人(代理人)簽章: _____

申請日期: 年 月 日

**原住民族委員會暨新北市政府原住民族行政局
辦理原住民長者補助裝置假牙補助項目及標準表**

項目	原民會	新北市政府原民局
補助類別	設籍本市年滿 55 歲以上之原住民，經醫師評估缺牙需裝置假牙者。	1. 設籍本市且年滿 55 歲以上之低收、中低收入戶原住民。 2. 戶籍內成員平均所得未超過政府規定每人每月最低生活費 2 倍者。
申請方式	檢具申請表(附件一)、診治計畫書(一)(附件四)，並持健保卡逕至健保特約牙科醫院(診所)或區公所申請。	檢具申請表(附件一)、診治計畫書(一)(附件四)、低收、中低收入戶證明證明或全戶戶籍謄本及全戶綜合所得證明並持健保卡逕至健保特約牙科醫院(診所)或區公所申請。
1. 全口活動假牙。	3 萬	4 萬
2. 上顎半口活動假牙。	1 萬 5,000	2 萬
3. 下顎半口活動假牙。	1 萬 5,000	2 萬
4. 上顎半口活動假牙，併下顎部分活動假牙。	2 萬 5,000	3 萬 5,000
5. 下顎半口活動假牙，併上顎部分活動假牙。	2 萬 5,000	3 萬 5,000
6. 上顎部分活動假牙。	1 萬	1 萬 5,000
7. 下顎部分活動假牙。	1 萬	1 萬 5,000
8. 固定式假牙(指牙冠或牙橋)	單顆 3,000 元 最多補助 10 顆	單顆 5,000 元 最多補助 3 顆
9. 活動假牙維修費	3,000	裝置假牙服務之執行單位對假牙製作及裝載後需提供一年之調整服務，以保障服務品質。

預計診治步驟詳細說明				繪圖(缺牙處請打X)	
					
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)

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			
(可採數位照片或列印，全彩清楚明確可辨認)			
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) 1. 2.	(公會章)
新北市政府原民局 審核	<input type="checkbox"/> 通過 核復公文 年 月 日 _____ 字第 _____ 號函	新北市政府 原民局 核 章	
	<input type="checkbox"/> 退件 核復公文 年 月 日 _____ 字第 _____ 號函		

新北市政府原住民族行政局
辦理原住民長者補助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

(可採數位照片或列印，全彩清楚明確可辨認)

裝置假牙後(術後)照片粘貼欄-

- 1、取模後上、下顎石膏正面照片各 1 張
- 2、蠟體及排牙完成後，需上咬合器，正面正常咬合照片 1 張
- 3、活動假牙照片：上、下顎正面照片各 1 張
- 4、口外照片：全臉正常咬合正面照片 1 張

(背面續填)

(可採數位照片或列印，全彩清楚明確可辨認)			
受理醫師核章		完成後 就診者簽章	(簽名或蓋章或捺指印)
醫療院所實際完成日	年 月 日		
牙科醫療院所 申請補助金額	新臺幣 元	新北市政府 原民局 核定文號	核復公文 年 月 日 _____ 字第 號函

領 據(一)

茲收到新北市政府原住民族行政局辦理原住民長者補助裝置假牙費用，

補助態樣如下：

- 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_____顆(指牙冠或牙橋)
- 10 假牙維修費：
 - 10-1 假牙破裂維修費/單顎
 - 10-2 假牙添加費/單顎
 - 10-3 假牙線(環)勾/個
 - 10-4 假牙硬式襯底/座

此致

新北市政府原民局

具領人：

(簽章)

戶籍地址：

身分證統一編號：

匯款銀行：

附件七

領 據(二)

茲收到新北市政府原住民族行政局辦理原住民長者補助裝置假牙，撥付本院所為原住民長者_____ (身分證統一編號：_____)製作假牙費用，

計新臺幣 萬 仟 佰 拾元整，實屬無訛。補助態樣如下：

- 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_____ 顆(指牙冠或牙橋)
- 10 假牙維修費：
 - 10-1 假牙破裂維修費/單顎 10-2 假牙添加費/單顆
 - 10-3 假牙線(環)勾/個 10-4 假牙硬式襯底/座

此致

新北市政府原住民族行政局

院所名稱： (簽章)

負責人： (簽章)

院所統一編號：

地址：

電話：

附件八

新北市政府原民局辦理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 統一編號	電話	地址	補助樣態 (依編號填寫)	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：