

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

申請人基本資料	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	☐ 同上 ☐ 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 114 年度同一額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，相關個人資料亦同意提供予原住民族委員會「補助原住民族長者裝置假牙審核系統」使用作為施政統計參據。

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 ○○縣(市)政府

申請人(代理人)簽名或蓋章：_____

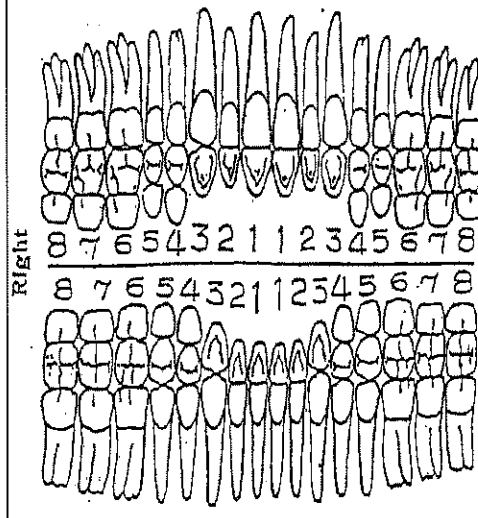
申請日期： 年 月 日

附表 2

原住民族委員會補助原住民族長者裝置假牙診治計畫書

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	☐ 第一次裝置假牙 ☐ 舊假牙已不堪使用 ☐ 舊假牙堪用		
診治項目	補助態樣	預估單價(補助金額)	
	☐ 上、下顎全口活動假牙	(上限 3 萬 6,000 元)	
	☐ 上顎全口活動假牙	(上限 1 萬 8,000 元)	
	☐ 下顎全口活動假牙	(上限 1 萬 8,000 元)	
	☐ 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙	(上限 3 萬 1,000 元)	
	☐ 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙	(上限 3 萬 1,000 元)	
	☐ 上、下顎部分活動假牙	(上限 2 萬 6,000 元)	
	☐ 上顎部分活動假牙	(上限 1 萬 3,000 元)	
	☐ 下顎部分活動假牙	(上限 1 萬 3,000 元)	
	☐ 固定式假牙(指牙冠或牙橋) _____ 顆(至多 10 顆)	(1 顆 3,600 元)	
	活動假牙維修費	☐ 假牙破裂維修費/單顎	(上限 600 元)
		☐ 假牙添加費/單顎	(上限 600 元)
		☐ 假牙線勾/個	(上限 600 元)
		☐ 假牙硬式襯底/座	(上限 1,800 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	☐ 通過 ☐ 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	☐ 通過。 核復公文 年 月 日○○○字第 號函 ☐ 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		