

雲林縣政府 110 年度原住民族長者裝置假牙實施計畫

指導機關：原住民族委員會

主辦機關：雲林縣政府

協辦機關：社團法人雲林縣牙醫師公會

執行期間：110 年 1 月 1 日至 110 年 12 月 31 日

中 華 民 國 1 1 0 年 3 月 1 8 日

壹、計畫依據

依據原住民族委員會110年度補助原住民族長者裝置假牙實施計畫辦理。

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、指導機關：原住民族委員會
- 二、主辦機關：雲林縣政府
- 三、協辦機關：雲林縣牙醫師公會
- 四、服務提供單位：雲林縣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)。

肆、實施地區

雲林縣各鄉(鎮、市)。

伍、補助對象及資格限制

- 一、補助對象：年滿55歲以上原住民族長者。
- 二、資格限制如下：
 - (一)經牙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。
 - (二)服務對象110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、申請程序

- 一、申請程序：請參閱【附件1】
 - (一)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，並協助申請者填具申請表【附件2】後，連同診治計畫書(一)【附件3】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，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，不得超過日曆天14日。
 - 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)檢具診治計畫書(二)【附件4】及領據【附件5】或印領清冊【附件6】向戶籍地直轄市及縣(市)政府申領款項。

(二)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)檢具診治計畫書(二)【附件4】及領據或印領清冊【附件5、附件6】向戶籍地直轄市及縣(市)政府申領款項。

二、按季提供報表：於每年4月30日、7月31日及10月31日及隔年1月31日前，依【附件9】格式，將每年1月至3月、1月至6月、1月至9月及1月至12月執行情形相關統計表彙送原住民委員會彙辦。

三、滿意度調查：應定期辦理滿意度調查，以瞭解服務對象接受補助裝置假牙後滿意情形。【附件11】

柒、補助內容

一、補助類別：

- (一)上、下顎全口活動假牙。
- (二)上顎全口活動假牙。
- (三)下顎全口活動假牙。
- (四)上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙。
- (五)下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙。
- (六)上、下顎部分活動假牙。
- (七)上顎部分活動假牙。
- (八)下顎部分活動假牙。

(九)固定式假牙(指牙冠或牙橋)。

(十)活動假牙維修費。

二、補助基準：如【附件 12】、【附件 13】；製作假牙費用若超過本計畫各類補助態樣最高補助金額，得由民眾自行負擔。

捌、裝置或維修假牙服務

一、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；服務對象第二類不包含此項服務。

二、服務對象第一類如遇傷病、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%

玖、審核機制

一、審核權責分工：

(一)直轄市及縣(市)市政府-資格審查：服務對象資格、重複補助情形(110 年度內是否已申請其他機關之假牙計畫補助)；另服務對象第二類由直轄市及縣(市)市政府依所提送之相關文件，逕予審查，免送地方牙醫師公會辦理專業審查。

(二)地方牙醫師公會-專業審查：由地方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。

二、審核注意事項：

(一)直轄市及縣(市)市政府應支付牙醫師公會指派之專業牙醫師審核費用，另交通費請依實際情形檢據核銷。

(二)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)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。

拾、不實申請之法律責任

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、縣（市）政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。

拾壹、調處機制

- 一、成立調處小組：由本府與地方牙醫師公會成立爭議調處小組，處理爭議情事。
- 二、調處內容：服務對象第一類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。
- 三、申請方式：遇有申請或裝置假牙爭議事件，服務對象第一類與健保特約牙科醫院(診所)雙方應檢具相關書面事證送戶籍地直轄市及縣（市）政府調處，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)非位於戶籍地時，得由戶籍地之地方政府協調居住地之地方政府與牙醫師公會代為調處。

拾貳、經費概算及請款、核銷【附件 14】

- 一、經費概算：雲林縣 55 歲以上原住民族長者 287 人，預估於 110 年底前補助人數 10 人，以每人最高補助 3 萬元計算，執行本案經費（含行政費） 預估新台幣 30 萬元整。
- 二、請款及核銷：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，辦理方式參照原民會訂頒「110 年補助原住民族長者裝置假牙實施計畫」辦理。
- 三、假牙補助申請及裝置(維修)期限：110 年度之補助申請，最遲應於 10 月 31 日前完成申請作業；補助款項用罄時，得向原住民族委員會申請增撥，原住民族委員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 110 年度經費用罄即告中止受理。

拾參、預期效益

- 一、量化效益：補助 55 歲以上原住民族長者裝置假牙，受益人數約 290 人。
- 二、質化指標：促進原住民族長者口腔衛生保健，恢復牙齒咀嚼功能，減少醫療費支出，提升長者心理健康，強化社會參與，提升生活品質。

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
	<p>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</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：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 申請書 2. 診治計畫書(一) 	件 7 天內送
<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>	受理牙科診所送審案件之審核期間，不得超過工作天 21 日
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：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>直轄市及縣(市)政府撥款予牙科醫院(診所)。</p>	20 日

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

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 110 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)代為申請補助款作為裝置(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 ○○縣(市)政府

申請人(代理人)簽章：_____

申請日期： 年 月 日

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		
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	
	<input type="checkbox"/> 上顎全口活動假牙	
	<input type="checkbox"/> 下顎全口活動假牙	
	<input type="checkbox"/> 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙	
	<input type="checkbox"/> 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙	
	<input type="checkbox"/> 上、下顎部分活動假牙	
	<input type="checkbox"/> 上顎部分活動假牙	
	<input type="checkbox"/> 下顎部分活動假牙	
	<input type="checkbox"/> 固定式假牙(指牙冠或牙橋)_____顆(至多 10 顆)	
	活動假牙維修費	<input type="checkbox"/> 假牙破裂維修費/單顎
		<input type="checkbox"/> 假牙添加費/單顆
		<input type="checkbox"/> 假牙線勾/個
<input type="checkbox"/> 假牙硬式襯底/座		
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	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 退件(原因) <input type="checkbox"/> 退件(原因:)	(審核之審醫師鑒醫師簽名)		(公會章會章)	
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	直轄市及縣(市)政府 核 章			
	<input type="checkbox"/> 退件(原 因：) 核復公文 年 月 日 ○○○字第 號函				

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。

附件 4

原住民族委員會補助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、下顎石膏正面照片各 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

附件 5

領 據

茲收到 ○○縣政府撥付本院所為原住民族長者_____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

雲林縣政府

具領人(簽章)：

戶籍地址：

身分證字號：

匯款銀行：

匯款帳戶：

匯款帳號：

中 華 民 國 年 月 日

附件 6

原住民族委員會補助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	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 另列如右：				
應備文件	<input type="checkbox"/> 領據 <input type="checkbox"/> 牙科醫院(診所)開立之診斷證明 <input type="checkbox"/> 病歷表					

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 110 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)代為申請補助款作為裝置(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 ○○縣(市)政府

申請人(代理人)簽章：_____

申請日期： 年 月 日

領款收據

茲收到 ○○ 縣政府撥付補助原住民族長者裝置假牙費用，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

○○縣政府

具領人(簽章)：

戶籍地址：

身分證字號：

匯款銀行：

匯款帳戶：

匯款帳號：

中 華 民 國 年 月 日

雲林縣政府辦理原住民族長者補助裝置假牙計畫成果表

統計時間：自 年 月 日至 年 月 日

一、補助裝置假牙人次：

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、達悟族___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、其他___人。

3. 按地區分：

都市地區___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	補助人數		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、補助假牙維修人次：

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、達悟
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、其他___人。

3. 按地區分：

都市地區___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/單顎	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：

原住民族委員會補助直轄市及縣(市)政府 110 年度辦理原住民族長者裝置假牙實施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												
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												
09												
10												
本頁支出合計：				人			元					
總合計：				人			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：

原住民族委員會補助雲林縣政府
110 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：○○○○

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、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 12

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 萬元
2	上顎全口活動假牙	1 萬 5,000 元
3	下顎全口活動假牙	1 萬 5,000 元
4	上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙	2 萬 5,000 元
5	下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙	2 萬 5,000 元
6	上、下顎部分活動假牙	2 萬元
7	上顎部分活動假牙	1 萬元
8	下顎部分活動假牙	1 萬元
9	固定式假牙(指牙冠或牙橋，至多 10 顆)	3,000 元/顆，最高補助 3 萬元
10	活動假牙維修費(如附表 10-補助基準二)	3,000 元
<p>備註： 每名服務對象每年最高補助金額為 3 萬元。舉例：核定補助上顎全口假牙計 1 萬 5,000 元，固定式假牙至多僅能補助 5 顆計 1 萬 5,000 元。</p>		

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	500 元	3,000 元
2	假牙添加費/單顆	500 元	
3	假牙線勾/個	500 元	
4	假牙硬式襯底/座	1,500 元	

**原住民族委員會補助○○縣政府
110 年度辦理原住民族長者裝置假牙實施計畫
第一期經費執行明細表**

申請單位：雲林縣縣(市)政府

執行期程：自 110 年 1 月 1 日起至 110 年 12 月 31 日

年度計畫核定金額：新臺幣 26 萬 8,920 元整

(單位：新臺幣元)

原民會 年度核定金額			已撥數(元) 40% (D)	執行數(元) (E)	執行率 (F)=E/D	賸餘款 (G)=D-E
製作或維修 假牙費(A)	業務費(B)	合計 (C)=A+B				

承辦人：

業務主管：

經辦主計：

機關首長：