

雲林縣辦理中低收入老人補助裝置假牙實施計畫

中華民國 110 年 3 月 12 日府社老二字第 1102617085 號函頒訂

中華民國 110 年 7 月 13 日府社老一字第 1102638178 號函修訂

一、目的：本府為保障本縣老人口腔健康，減輕老人經濟負擔，特辦理雲林縣(以下簡稱本縣)109 中低收入老人補助裝置假牙實施計畫，以維護老人生活品質與尊嚴，落實老人福利服務。

二、法源：依據「老人福利法」第 21 條規定暨衛生福利部 110 年 2 月 25 日社家老字第 1100800121 號函辦理。

三、指導單位：衛生福利部社會及家庭署。

四、主辦單位：雲林縣政府社會處。

五、協辦單位：雲林縣各鄉(鎮、市)公所。

六、實施期程：自 110 年 1 月 1 日至 110 年 12 月 31 日。

七、補助對象及資格限制：

(一)設籍本縣年滿 65 歲以上或 55 歲以上原住民，經衛生福利部健保特約醫療院所牙醫師評估缺牙，需裝置活動假牙，且符合下列條件之一者：

1. 列冊低收入戶、中低收入戶。
2. 領有中低收入老人生活津貼。
3. 領有身心障礙者生活補助費。
4. 經本府補助身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用達百分之五十以上。
5. 經本府全額補助收容安置。

(二)服務對象同一類已取得相同補助項目者，需滿 5 年以上，經評估有重新裝置必要，始得提出申請，但假牙維修費不在此限。

八、補助標準及態樣如下：

(一)裝置假牙補助標準表

優先次序	補助態樣	裝置假牙類別	最高補助金額 (新臺幣)
1	上下顎全口活動假牙	上、下顎全口假牙	4 萬 4,000 元
2	上顎全口活動假牙	單上顎全口假牙	2 萬 2,000 元
3	下顎全口活動假牙	單下顎全口假牙	2 萬 2,000 元
4	上顎全口活動假牙，併下顎部份活動假牙	單上顎假牙併下顎活動假牙	3 萬 9,000 元
5	下顎全口活動假牙，併上顎部份活動假牙	單下顎假牙併下顎活動假牙	3 萬 9,000 元
6	上、下顎部分活動假牙	上、下顎部分活動假牙	3 萬 3,000 元
7	上顎部分活動假牙	上顎部分活動假牙	1 萬 7,000 元
8	下顎部分活動假牙	下顎部分活動假牙	1 萬 7,000 元

(二)假牙維修表

優先次序	補助態樣	補助金額	最高補助金額 (新臺幣)
1	假牙破裂維修費/單顆	1,100 元	活動假牙維修費用，每年最高補助新台幣 6600 元整。
2	假牙添加費/單顆	1,100 元	
3	假牙線勾/個	1,100 元	
4	假牙硬式襯底/座	3,300 元	

九、辦理程序：

- (一)提出申請：申請補助裝置或維修假牙者，應攜帶身分證逕向戶籍所在地鄉、鎮(市)公所提出申請。
- (二)鄉鎮市公所隨收隨審：由戶籍所在地鄉鎮市公所辦理申請人資格審查作業，審查申請人福利身份及近五年內未取得本計畫補助使得提出申請，經審資格符合者戶籍鄉鎮市公所始於口腔篩檢通知單(附件二)上蓋戳章與承辦人印章，連同特約診所名冊交予申請人，並提醒申請人拿到戶籍鄉鎮市公所口腔篩檢通知單當日就約診；戶籍鄉鎮市公所留存通知單影本並列冊建檔，每二週一次將彙整名冊電子檔送承辦人信箱憑辦。
- (三)資格符合者口腔檢查前應攜帶文件：為縮短候診時間，資格符合者應先預約就診，並檢具健保卡與公所口腔篩檢通知單於一週內到診所報到。
- (四)口腔檢查：由健保特約牙科醫院(診所)提供口腔篩檢服務，並協助申請者填具診治計畫書、診治前照片與戶籍鄉鎮市公所通知單於一週內送社團法人牙醫師公會審查(本計畫外之其他診療項目以健保方式處理者，請逕向檢保局申請費用，診療時機請提早規劃治療，以免耽誤後續之假牙裝置。)
- (五)社團法人牙醫師公會審查：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過日曆日14日，並將通過符合裝置假牙者列冊函送本府核定補助(診治計畫書共三聯，一聯裝置假牙診所自存，一聯送社團法人雲林縣牙醫師公會，一聯送縣府存查)。
- (六)裝置或維修假牙：經審核通過後，本府發核定函予公所轉知申請人始可裝置或維修假牙，申請人於一週內完成報到手續，並持身分證、健保卡、福利身份證明文件(由公所開立)、滿意度調查表核定函及裝置活動假牙補助通知單(附件四)前往原申請口腔檢查服務之健保特約牙科醫院(診所)製作或維修假牙。
- (七)補助款請款：由健保特約牙科醫院(診所)於二週內檢具核銷文件與社團法人牙醫師公會審核彙整後核轉本府申領款項。

十、本計畫按季核銷，核銷時應備文件如下(請以 A4 格式大小之紙張送本府核撥補助款)：

- (一)收據。(附件五)
- (二)診治計畫書暨申請書(假牙裝置完成後，請註明實際完成日，並請補助對象於診治計畫書暨申請書上簽章)。
- (三)裝置後照片(附件六)。
- (四)戶籍公所核定函及裝置活動假牙通知單正本。
- (五)縣內牙醫院所指定帳戶封面影本。
- (六)受補助者滿意度調查表。

※備註：若申請補助案件經審查未通過，又無法補足照片或必備之資料，可向本府申請複審一次，由本府函轉社團法人雲林縣牙醫師公會派員實地審查，但出診費須由申請牙醫院所支付。

十一、裝置服務單位：

- (一)初審單位：本縣各鄉(鎮、市)公所、社團法人雲林縣牙醫師公會。

(二)口腔篩檢及裝置假牙服務單位：本府委託社團法人雲林縣牙醫師公會提供所屬特約診所名冊，即具有合格牙醫師證書、開業執照及執業執照，且為全民健康保險特約之公、私立醫療院所，供老人選擇，以保障老人消費權益。

(三)複審單位：雲林縣政府(社會處)。

十二、委託辦理事項：

(一)辦理本項計畫之宣導、訓練、相關書表印製、審查申請人診治計畫及成果報告。

(二)有裝置相關糾紛時召開醫療協調小組會議。

(三)本計畫實施及優惠措施，由社團法人雲林縣牙醫師公會發函通知所屬會員。

(四)補助老人裝置活動假牙最高補助金額新台幣4萬4,000元整，在牙醫院所裝置，將予以特惠優待不另預收費用，且牙醫院所在老人同意下協助申請補助等相關資料向本府補助。

十三、其他應注意事項：

(一)牙冠、牙橋等固定假牙非屬本計畫補助範圍，其費用由補助對象自行負擔

(二)裝置活動假牙服務提供單位應提供包含假牙製作、裝及裝後一年內之保固(含調整)服務，以確保服務品質。

(三)口腔篩檢單位及裝置假牙單位分屬不同診所時，基於牙醫師專業考量，及避免滋生爭議，申請人應重新申請。

(四)倘核定補助者裝置假牙前經原篩檢牙醫師再審查結果須變更態樣者，社團法人雲林縣牙醫師公會須統一於110年10月底前彙整函送本府續辦，逾期不受理。

(五)申請人因傷病、往生等因素無法繼續完成裝置活動假牙，以致診治牙醫師無法申領補助費用，(請診所或申請人填具切結書，如附件八)，本處依下列標準支付診治牙醫師相關比例之補助費用，惟需先送至牙醫師公會審查認定：

1. 個人牙托製作完成-支付總補助費用百分之十

2. 完成二次印模-支付總補助費用百分之三十五

3. 金屬骨架完成-支付總補助費用百分之五十

4. 排牙完成完成-支付總補助費用百分之七十

5. 假牙製作完成-支付總補助費用百分之八十五

(六)其他特殊情形，如因中風或其他傷病致上肢行動不便或臉頰肌肉功能障礙者，需加附診斷醫師診斷證明書。

(七)補助對象有填報不實、隱匿事實、溢領補助或違反相關法令情事者，其所領取之補助應無異議依法歸還補助款。

十四、預期效益：辦理本縣110年中低收入老人補助裝置假牙實施計畫，以維護老人生活品質與尊嚴，落實老人保健服務。

十五、本計畫所需經費由衛生福利部社會及家庭署補助及本府編列相關預算支應。

十六、本計畫簽奉縣長核定後實施，修正時亦同。

雲林縣辦理中低收入老人補助裝置假牙實施計畫 篩檢暨診治計畫書

診所名稱：_____ 負責醫師姓名：_____

電話：_____ 傳真：_____

診所地址：_____

就 診 者 基 本 資 料			
姓 名		電 話	身 分 別
身分證號		出生日期	
地 址			
			設籍本縣，年滿 65 歲以上且： <input type="checkbox"/> 列冊低收入戶。 <input type="checkbox"/> 列冊中低收入戶。 <input type="checkbox"/> 領有中低收入老人生活津貼。 <input type="checkbox"/> 領有身心障礙生活補助費。 <input type="checkbox"/> 領有身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用達百分之五十以上。 <input type="checkbox"/> 經政府補助全額收容安置者(公費安置)
篩 檢 暨 診 治 計 畫 內 容			
診 治 項 目	活 動 假 牙	<input type="checkbox"/> 1. 上下顎全口活動假牙 <input type="checkbox"/> 2. 上顎全口活動假牙 <input type="checkbox"/> 3. 下顎全口活動假牙 <input type="checkbox"/> 4. 上顎全口活動假牙，併 下顎部份活動假牙 <input type="checkbox"/> 5. 下顎全口活動假牙，併 上顎部份活動假牙 <input type="checkbox"/> 6. 上、下顎部份活動假牙 <input type="checkbox"/> 7. 上顎部份活動假牙 <input type="checkbox"/> 8. 下顎部份活動假牙	繪圖(缺牙處請打 X；待拔牙請寫 0) 
	假牙維修	<input type="checkbox"/> 破裂__顆 <input type="checkbox"/> 增加__顆 <input type="checkbox"/> 線勾__個 <input type="checkbox"/> 硬式襯底__座	
預計診治步驟詳細說明(請勾選有執行項目)			
1	<input type="checkbox"/> 初次印模	5	<input type="checkbox"/> 試戴金屬鋼架及決定垂直高度
2	<input type="checkbox"/> 製作個人牙托	6	<input type="checkbox"/> 試戴排牙
3	<input type="checkbox"/> 二次印模	7	<input type="checkbox"/> 其他：請自行敘明
4	<input type="checkbox"/> 製作金屬鋼架		
補助金額	(請診所填報費用)	診治醫師	(請診治醫師簽章)
		就診者簽章： (簽章)	
申請日期		年 月 日(請診所填報送牙醫師公會日期)	
牙 醫 師 公 會 審 核(文件)	<input type="checkbox"/> 通過		公 會 用 印
	<input type="checkbox"/> 退件理由：		
社 會 局 審 核(複審)	<input type="checkbox"/> 通過		社 會 局 核 章
	<input type="checkbox"/> 退件，理由：		

※篩檢時應向受補者收取文件：1. 身分證 2. 健保卡 3. 公所通知公文及口腔篩檢通知單。

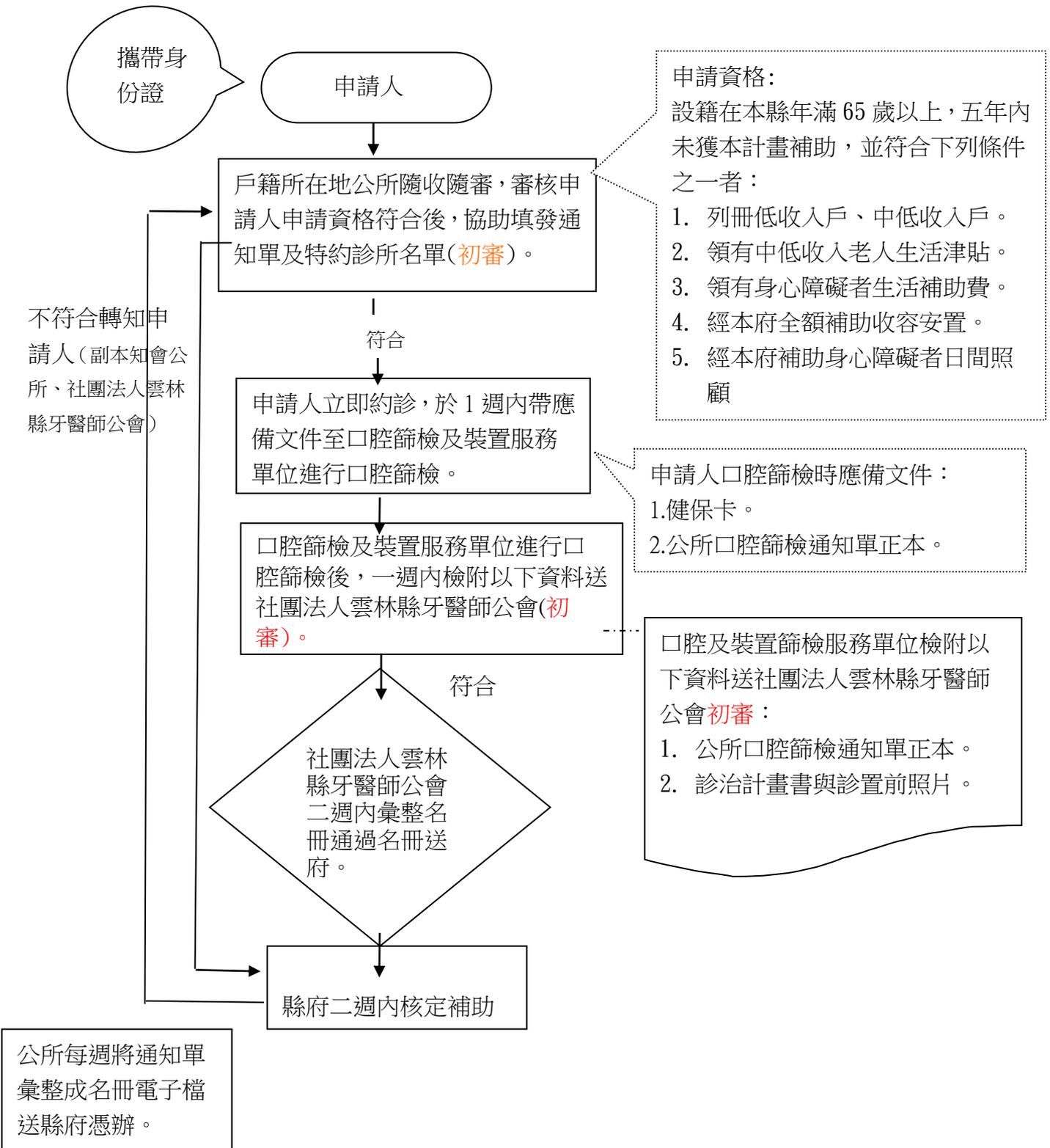
※裝置時應向受補者收取文件：前項 1-2 款 2 低收入戶證明書正本、領有中低收入老人生活津貼或身心障礙生活補助費證明書正本、經各級政府補助身心障礙者托育費或養護費達百分之 50 之核定公文、其他經政府全額補助收容安置公文 4. 滿意度調查表 5. 核定公文及裝置活動假牙通知單。

※粗框線格內由牙醫師公會與社會處填寫，診所詳填其他欄。

雲林縣辦理中低收入老人補助裝置假牙實施計畫流程表

中華民國 110 年 3 月 12 日府社老二字第 1102617085 號函頒訂

中華民國 110 年 7 月 13 日府社老一字第 1102638178 號函修訂



領款收據

茲收到「雲林縣 110 年中低收入老人補助裝置假牙實施計畫」
 _____君於本院所裝置活動假牙診治費用，共計新台幣
 _____元整，實屬無訛。

此致
 雲林縣政府

院所名稱：_____（簽章）

負責人：_____（簽章）

統一編號：_____

地址：_____

電話：_____

匯款銀行：

分行：

戶名：

（抬頭需有院所名稱）

存簿帳號：

-----存--簿--封--面--影--本--黏--貼--處-----

（請浮貼）

中華民國 年 月 日

雲林縣辦理中低收入老人補助裝置假牙實施計畫

診療相片黏貼表 (術前/核銷用)

診療院所 名 稱	診療醫師 簽名或蓋章	完成日期	年 月 日
就診者 姓 名	就診者 身分證字號		
治 療 前	<p>請牢固黏貼 4" × 6" 之清晰照片 相片以口內咬合觀或口內正面觀為佳 相片背面請註明患者姓名，以免遺失</p>		
治 療 後	<p>請牢固黏貼 4" × 6" 之清晰照片 相片以口內咬合觀或口內正面觀為佳 相片背面請註明患者姓名，以免遺失</p>		

若不敷使用，請自行影印！謝謝。

雲林縣辦理中低收入老人補助裝置假牙實施計畫 口腔篩檢通知單

- 一、 申請裝置者 申請維修者
- 二、(申請人姓名)為設籍本縣年滿 65 歲以上，近 5 年內(105 年-109 年間)未重複申請補助且符合下列條件之一，可申請補助者：
- (一)列冊低收入戶。
 - (二)列冊中低收入戶。
 - (三)領有中低收入老人生活津貼。
 - (四)領有身心障礙生活補助費。
 - (五)領有身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用達百分之五十以上。
 - (六)經雲林縣政府全額補助收容安置。
- 三、口腔篩檢期間：自 年 月 日起至 年 月 日止。
- 四、請選擇與縣府特約之牙醫院所(如附件)篩檢，並攜帶以下證件：
- (一)身分證及健保卡。
 - (二)口腔篩檢通知單正本。
- 五、各特約牙醫院(診)所於老人篩檢後 2 週內彙整以下資料，送社團法人雲林縣牙醫師公會初審：
- (一)身分證影本。
 - (二)口腔篩檢通知單正本。
 - (三)篩檢暨診治計畫書(診治計畫書共三聯，一聯口腔篩檢診所自存，一聯社團法人雲林縣牙醫師公會自存，並將另一聯送縣府存)。

承辦人核章(含小章)

(公所社會課戳章)

中 華 民 國 年 月 日

雲林縣辦理中低收入老人補助裝置假牙實施計畫 補助裝置活動假牙通知單

- 一、 補助假牙裝置者 補助維修者
- 二、(受核定者-姓名)經審核結果補助態樣為_____補助金額_____，請於收到本通知單 6 月 30 日前完成報到。
- 三、請至原篩檢牙醫診(院)所進行裝置，並攜帶以下證件：
 - (一)身分證及健保卡。
 - (二)戶籍公所核准公文及本通知單正本。
 - (三)福利身份證明文件正本。
 - (四)滿意度調查表。
- 四、各合約牙醫院(診)所於老人裝置後 2 週內彙整以下核銷資料，送社團法人雲林縣牙醫師公會憑辦：
 - (一)收據。
 - (二)診治計畫書暨申請書。
 - (三)戶籍公所核准公文及本通知單正本。
 - (四)滿意度調查表。
 - (五)診治照片(假牙裝置前後外觀照)。
- 五、服務對象口腔篩檢單位及裝置假牙單位為不同診所時，因不同牙醫師專業評估有別，為維活動假牙裝置品質，請申請人重新申請補助作業流程。
- 六、口腔未裝置者請至戶籍所在地公所填寫自願放棄○○○年補助裝置假牙切結書，以維自身權益。

(公所社會課戳章)

中 華 民 國 年 月 日