

宜蘭縣補助裝置假牙實施計畫申請表

申請日期： 年 月 日

姓名：	(簽章)	原住民身分：	
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
身分證字號	出生日期		
聯絡方式	住宅電話： 手機號碼： 初審符合申請資格表件領取方式(2擇1)： <input type="checkbox"/> 寄至通訊地址： <input type="checkbox"/> 寄至戶籍地公所領取。		
本人_____ (蓋章)同意因假牙資格審核之必要，可(協助)查調本人戶籍、財產、所得、稅籍及勞農漁保投保等相關資料。			
服務對象及資格限制			
◆年滿 65 歲(原住民 55 歲)以上且符合下列 4 項條件者：(符合項目打勾)			
初審： <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合；原因：_____			
承辦人： 科長：			
<input type="checkbox"/> (1) 申請人每月總收入為最低生活費 2.5 倍以上未達 3 倍。			
<input type="checkbox"/> (2) 申請人動產 200 萬元以內及不動產 750 萬元以內。			
<input type="checkbox"/> (3) 申請人設籍本縣一年 (含) 以上，且計畫開辦期間仍設籍本縣。			
※本項由醫療院所審核：			
<input type="checkbox"/> (4) 申請人『已不具有功能性牙齒，且殘根經特約牙醫診所醫生專業評估不影響假牙裝置可予以保留，即符合申請本假牙補助資格』。			
醫療院所名稱：			
地址：			
電話：		傳真：	
補助項目及金額標準			
醫療院所勾選	補助態樣	裝置裝牙類別	社會處勾選
<input type="checkbox"/>	上下顎全口活動假牙	上、下顎全口假牙	<input type="checkbox"/> 4 萬元
備註	1. 全口假牙每案最高補助上限為 4 萬元(自每年 3 月 1 日起申請)，且需負擔差額，囿於經費限制，申請案件以受理先後順序為原則至補助經費用罄為止。 2. 本補助倘實際支用金額低於補助標準，以實際支用金額為補助上限。 3. 提出本計畫申請且獲補助者，五年內不得重複申請。 4. 初審符合者自收到申請表件起需於 2 個月內前往醫療院所評估，倘無故逾期或限期內未就診視同放棄補助資格，並五年內不得再提出申請。		

預定診治步驟詳細說明

申請人術前照片粘貼單

申請人術後照片粘貼單

實際完成日期：_____年____月____日

申請人實際花費（以申請人收據金額為主）：新台幣_____元

本案申請本府補助：新台幣_____元

申請人簽名或蓋章：_____

醫療院所用印：

醫師簽名或蓋章：

填表人：

聯絡電話：

複 審

符合

未符合

原因：

承辦人：

科長：

處長：

參 審

縣府核章

縣府補助款新台幣：_____元

總計補助款新台幣：_____元

（本欄位俟假牙裝置完成後再予核定）

承辦人：

科長：

處長：