

宜蘭縣中低收入老人補助置假牙實施計畫申請表

編號：		申請日期： 年 月 日	
醫療院所名稱：			
地址：			
電話：		傳真：	
姓名		(簽章)	原住民身份： <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：		
地址			
服務對象及資格限制			
◆年滿 65 歲(原住民 55 歲)以上：			
<input type="checkbox"/> 1. 列冊低收入戶。 <input type="checkbox"/> 2. 列冊中低收入戶。 <input type="checkbox"/> 3. 領有中低收入老人生活津貼。 <input type="checkbox"/> 4. 領有身心障礙者生活補助費。 <input type="checkbox"/> 5. 經各級政府全額補助收容安置。 <input type="checkbox"/> 6. 經各級政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。			
◆年滿 55 至 64 歲身心障礙者：			
<input type="checkbox"/> 1. 列冊低收入戶。 <input type="checkbox"/> 2. 列冊中低收入戶。 <input type="checkbox"/> 3. 領有身心障礙者生活補助費。 <input type="checkbox"/> 4. 經各級政府全額補助收容安置。 <input type="checkbox"/> 5. 經各級政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。			

(一)補助項目及金額標準

本欄由醫療院所勾選	補助態樣	裝置裝牙類別	本欄位由社會處勾選	
			<input type="checkbox"/> 65歲(原住民55歲)以上低收入戶及中低收入老人戶、身心障礙者	<input type="checkbox"/> 55-64歲中低收入戶身心障礙者 (差額自負)
			<input type="checkbox"/> 55-65歲低收入戶身心障礙者	
			最高補助金額	最高補助金額
	上下顎全口活動假牙	上、下顎全口假牙	<input type="checkbox"/> 4萬元	<input type="checkbox"/> 2萬元
	上顎全口活動假牙	單上顎全口假牙	<input type="checkbox"/> 2萬元	<input type="checkbox"/> 1萬元
	下顎全口活動假牙	單下顎全口假牙	<input type="checkbox"/> 2萬元	<input type="checkbox"/> 1萬元
	上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙	單上顎假牙併下顎活動假牙	<input type="checkbox"/> 3萬5千元	<input type="checkbox"/> 1萬7千5百元
	下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙	單下顎假牙併上顎活動假牙	<input type="checkbox"/> 3萬5千元	<input type="checkbox"/> 1萬7千5百元
	上、下顎部分活動假牙	上、下顎部分活動假牙	<input type="checkbox"/> 3萬元	<input type="checkbox"/> 1萬5千元
	上顎部分活動假牙	上顎部分活動假牙	<input type="checkbox"/> 1萬5千元	<input type="checkbox"/> 7千5百元
	下顎部分活動假牙	下顎部分活動假牙	<input type="checkbox"/> 1萬5千元	<input type="checkbox"/> 7千5百元
	單顆假牙		低收入戶：每顆4,000元 中低收入戶：每顆2,000元	
備註	1. 65歲(原住民55歲)以上老人、身心障礙者及55至65歲之低收入戶身心障礙者，最高上限為4萬元，具本項所述社會福利身份者費用差額由該特約醫療院所捐贈，免再負擔差額。 2. 55至64歲中低收入戶身心障礙者最高上限為2萬元，需再負擔差額。 3. 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。 4. 補助對象已取得補助者， <u>五年</u> 內不予重複補助。			

(二)假牙維修費用補助標準：補助對象為列冊低收入戶、中低收入戶或中低收入年滿65歲以上之老人及身心障礙者。

本欄由醫療院所勾選	補助態樣	本欄位由社會處勾選	每年最高補助金額
		最高補助金額/新臺幣	
	假牙破裂維修費/單顎	<input type="checkbox"/> 1,000元	6,000元
	假牙添加費/單顎	<input type="checkbox"/> 1,000元	
	假牙線勾/個	<input type="checkbox"/> 1,000元	
	假牙硬式襯底/座	<input type="checkbox"/> 3,000元	

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：

初

審

符合
未符合
原因：

承辦人：

科長：

處長：

複

審

縣府核章

衛福部補助款新台幣：_____元

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：