

109 年度宜蘭縣 65 歲(原住民 55 歲)以上老人裝置全口假牙計畫

一、為保障本縣老人及身心障礙者口腔健康，減輕其經濟負擔，特補助假牙裝置，以維護其生活品質。

二、辦理機關(構)

(一) 主辦機關：宜蘭縣政府

(二) 受委託機構：宜蘭縣牙醫師公會

縣內各牙醫醫療機構

三、計畫內容：

(一) 服務對象及資格限制：

1. 年齡：65 歲(原住民 55 歲)以上長輩。

2. 戶籍：設籍本縣一年(含)以上，且計畫開辦期間仍設籍本縣。

3. 符合裝置假牙資格(需符合下列條件)：

(1) 申請人每月總收入為最低生活費 2.5 倍以上未達 3 倍。

(2) 申請人動產 200 萬元以內及不動產 750 萬元以內。

◎需先於**宜蘭縣補助裝置假牙實施計畫申請表**上同意查調本人財稅資料等。

(3) 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』。

(二) 本計畫自 109 年 3 月 1 日起開放申請，提出申請且獲補助者，五年內不得重複申請。

四、補助類別及補助金額

(一) 上下顎全口活動假牙補助金額 4 萬元，且需負擔差額。

(二) 申請人完成假牙裝置後，申請人免先行墊付核定之款項，該款項由主辦機關逕撥付就診之醫療院所。

五、假牙申請程序流程

(一) 申請補助裝置假牙者，需先填寫**宜蘭縣補助裝置假牙實施計畫申請表**

後，由公所將申請案件逕送本府審查核發資格證明，始得證明後需於2個月內逕向本府簽約之醫療院所就診評估，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。

- (二) 醫療院所填寫診治計畫並拍攝申請人口腔情形，將申請表件請資料送本府審核。
- (三) 本府審核完竣，將結果函知申請人及醫療院所，通過後才可進行裝置假牙。
- (四) 申請人完成裝置假牙，醫療院所應檢具申請表、診斷計畫書、公所證明書、申請人術前、術後照片、領據(須按金額千分之四，於領據正面貼印花稅票)、收據正(影)本等文件向本府請款。
- (五) 申請人因傷病、死亡等因素，致無法繼續完成裝置活動假牙，經宜蘭縣政府審查小組專案評估審核後，得依下列標準支付診治牙醫師相當比率之補助費用：
 - 1. 牙齒骨架印模：最高補助 35%。
 - 2. 完成排牙：最高補助 70%。
 - 3. 活動假牙已製作完成：最高補助 80%。
- (六) 裝置假牙特約醫療院所品質監督:裝置假牙單位提供服務項目應包含：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。
- (七) 於每年度計畫辦理結束後進行滿意度調查，藉以瞭解服務對象接受補助裝置假牙後滿意情形。
- (八) 口腔篩檢及裝置單位：與本計畫簽約且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機構。

七、特殊情形辦理方式

- (一) 成立調處機制，以協助民眾協調處理老人申請或裝置假牙所涉爭議情事：由本縣牙醫師公會召開「醫療爭議小組會議」，委員出席費每位支給新臺幣 1,000 元，由本府預算支應。

(二) 服務對象或醫療院所有填報不實、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，由本府以書面命令本人或其法定繼承人於30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。

八、預期效益：補助65歲以上老人(55歲以上原住民)裝置全口假牙服務，保其健康權益及提昇個案生活品質滿意度。

九、本計畫所需經費，由本府相關經費項下支應。

十、本計畫實施期間，奉縣長核准後實施，至本府補助款用罄日止。