

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：符合 未符合；原因： _____

承辦人： _____ 科長： _____

(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。

(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：

(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 108 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：