

113 年度宜蘭縣補助老人裝置假牙實施計畫—申請表 112.12.27 修

縣府收件日期/編號： _____ / 申請日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請人姓名： _____ <input type="checkbox"/> (簽名及蓋章)		原住民身分： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 檢附戶籍謄本	
出生年月日： <input type="checkbox"/> 年滿 65 歲以上 (含)。 <input type="checkbox"/> 年滿 55 歲以上 (含) (原住民身分)。		身分證字號： <input type="checkbox"/> 檢附身分證正反面影本	
聯絡 方式	聯絡電話 (請註明聯絡人身分)： _____ 手機號碼： _____ 初審符合申請資格表件領取方式 (2 擇 1) <input type="checkbox"/> 寄至戶籍地公所領取。 <input type="checkbox"/> 寄至通訊地址： _____		
申請人 _____ (簽章) 同意因假牙資格審核之必要，可由本府 (協助) 查調申請人戶籍、財產、所得、稅籍及勞農漁保投保等相關資料。			
<input type="checkbox"/> 已閱 讀並接 受右述 申請資 格條件	1. 全口假牙每案最高補助上限為新臺幣 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，案件受理收件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. 接受本府社會處假牙補助者，5 年內不得重複申請。 4. 初審通過 2 個月內及複審通過 1 個月內分別至醫療院所評估及施作假牙，通過期間限期內未就診視同放棄補助資格，並 5 年內不得再提出申請。		
◆ 審核程序			
初 審			
<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合，原因如下： <input type="checkbox"/> 每月總收入高於最低生活費 2.5 倍。 <input type="checkbox"/> 動產高於 200 萬元/不動產高於 750 萬元。 <input type="checkbox"/> 申請人設籍本縣未滿 1 年 (含) 以上/計畫開辦期間未設籍於本縣。 <input type="checkbox"/> 5 年內 (含) 曾申請本府社會處假牙補助。		承辦人	
		科長	
		圓戳章	
醫療院所名稱： 地址： 電話： 傳真：		醫療院所用印：	

醫療院所診治計畫（請詳細說明）

※醫療院所審核（同意請勾選）：

申請人全口具有功能性牙齒未達5顆（含），且其餘殘根不影響假牙施作療程。

主治醫師簽名及蓋章：

上顎「治療前」情形（浮貼照片）

-----浮貼處-----

下顎「治療前」情形（浮貼照片）

-----浮貼處-----

複

審

- 符合
- 未符合，原因如下：
- 全口具有功能性牙齒超過5顆。

承辦人

科長

處長

上顎「治療後」情形（浮貼照片）

-----浮貼處-----

下顎「治療後」情形（浮貼照片）

-----浮貼處-----

實際完成日期（收據日期）：_____年____月____日

申請人實際花費（收據金額）：新臺幣_____元

本案申請本府補助：新臺幣_____元

申請人簽名或蓋章：_____

參 審

符合：經審核銷表件無誤，縣府補助款
共計新臺幣_____元整。

未符合
原因：

承辦人

科長

處長

備註：

申覆_____（填初或複審）。

更換診所：由_____，更換至_____。

今年度（113）放棄假牙補助資格，未繳交放棄切結書、已繳交放棄切結書。

其他：