

113 年度宜蘭縣補助中低收入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 <input type="checkbox"/> 檢附「申請條件」欄位之相關證明文件
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： _____	
<input type="checkbox"/> 已閱讀並接受右述申請資格條件	1. 本案自 113 年 1 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， 五年內不得重複申請 ，假牙維修不在此限。 4. 初審通過 1 個月內 分別至醫療院所施作假牙，通過期間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 。	
申請條件	<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。	
醫療院所名稱： 地址： 電話： 傳真：		醫療院所用印：
備註： <input type="checkbox"/> 申覆初審。 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 更換診所：由 _____，更換至 _____。 <input type="checkbox"/> 今年度(113)放棄假牙補助資格， <input type="checkbox"/> 未繳交放棄切結書、 <input type="checkbox"/> 已繳交放棄切結書。		

醫療院所診治計畫（請詳細說明）

上顎尚有_____顆牙
 下顎尚有_____顆牙
 （以上統計顆數為具有功能性之牙齒）

※醫療院所審核（同意請勾選）：

申請人實際有缺牙並有裝置活動假牙需求。

主治醫師簽名及蓋章：_____

院所勾選	補助態樣	裝置假牙類別	最高補助金額/新臺幣
<input type="checkbox"/>	上下顎全口活動假牙	上、下顎全口假牙	4萬4,000元
<input type="checkbox"/>	上顎或下顎全口活動假牙	單上或下顎全口假牙	2萬2,000元
<input type="checkbox"/>	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	3萬9,000元
<input type="checkbox"/>	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"/>	上下顎部分活動假牙	上、下顎部分活動假牙	3萬3,000元
<input type="checkbox"/>	上顎或下顎部分活動假牙	上顎或下顎部分活動假牙	1萬7,000元
<input type="checkbox"/>	單顆假牙（含牙橋、牙冠）	單顆假牙（含牙橋、牙冠）	4,000元（顆）
<input type="checkbox"/>	活動假牙維修費	如下表	6,600元

<input type="checkbox"/>	假牙破裂維修費/單顎	1,100元	6,600元
<input type="checkbox"/>	假牙添加費/單顆	1,100元	
<input type="checkbox"/>	假牙線勾/個	1,100元	
<input type="checkbox"/>	假牙硬式襯底/座	3,300元	

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-----

◆審核程序

初審

符合

未符合，原因：

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：_____

複審

符合

未符合，原因：

承辦人

科長

處長