

113 年度宜蘭縣身心障礙者 (年滿 55 歲至 64 歲)

補助裝置假牙實施計畫－申請表

112.12.11 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)		是否具有身障證明 (舊稱身障手冊)： <input type="checkbox"/> 是
出生年月日： <input type="checkbox"/> 年滿 55 歲至 64 歲 (含)。	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 (請註明聯絡人身份)： 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：	手機號碼：
<input type="checkbox"/> 已閱讀並接受右述申請資格條件	<ol style="list-style-type: none"> 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，5 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 5 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. 領有身心障礙者生活補助費。	
醫療院所名稱：	醫療院所用印：	
地址：		
電話：		
傳真：		
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			
			低收及 中低收入戶	領有身心障礙 者生活補助費		
<input type="checkbox"/>	上下顎全口活動假牙	上、下顎全口假牙	4萬4,000元	2萬2,000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	1萬1,000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	1萬9,500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	1萬1,500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	8,500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）	2,000元（顆）		
<input type="checkbox"/>	活動假牙維修費	如下表	6,600元	3,300元		
<input type="checkbox"/>	假牙破裂維修費或假牙添加費	單顎	1,100元	6,600 元	550元	3,300 元
<input type="checkbox"/>	假牙線勾	個	1,100元		550元	
<input type="checkbox"/>	假牙硬式襯座	座	3,300元		1,150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