基隆市政府112年中低收入老人補助裝置假牙實施計畫

一、 依　　據：衛生福利部社會及家庭署110年2月23日「中低收入老人補助裝置假牙實施計畫」辦理。

二、 目　　的：世界衛生組織指出，擁有口腔衛生健康的老人，有更好的生活品質，故推出8020計畫(希望80歲的老人至少保存20顆牙齒)，中央亦從96年即開始補助各地方政府辦理中低收入老人假牙。爰此，為保障本市中低收入戶長者口腔健康、協助減輕渠等經濟負擔，本府勠力推行老人裝置假牙補助業務，期待可以強化長者們咀嚼、消化功能，增加長輩自信與外出社交機會，擁有自由、自主、自信的晚年生活。

三、 主辦單位：基隆市政府(社會處)

四、 協辦單位：基隆市衛生局、基隆市立醫院、基隆市牙醫師公會會員並具合格牙醫證書、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院所。

五、 實施期間：自112年1月1日起至112年12 月31日止。

六、 地　　點：基隆市行政區域內。

七、 參加對象、人數：

(一)對象：設籍本市年滿65歲以上或年滿55歲以上原住民，經醫師評估缺牙需裝置活動假牙，並符合 下列條件之一者：

1.冊列低收入戶、中低收入戶。

2.領有中低收入老人生活津貼。

3.領有身心障礙者生活補助費。

4.本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。

5.經本府全額補助收容安置。

(二)同一顎已取得相同補助項目者，需於滿五年以上，經評估有重新裝置必要，始得重新提出申請，但假牙維修費不在此限。

(三)人數：由於本府已辦理數年，預估約 100 名民眾受益。

八、 內　容：

(一)申請程序：

1.65 歲以上或年滿 55 歲以上原住民低收入戶、中低收入戶長者持戶籍所在地區公所出具之年度低收入戶、中低收入戶、中低收入老人津貼或身心障礙者生活補助費證明。

2.本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及本府全額補助收容安置院民：持該機構出具之證明書。

3.持相關證明(健保卡、身分證)後逕向本市牙醫師公會會員並具合格醫院(有附牙醫科)、牙醫診所資格申請就醫。

(二)補助態樣與裝置假牙類別之優先順序、補助基準：

補助基準一

優先次序	補助態樣	裝置假牙類別	本府最高補助金額/新臺幣
1	全口活動假牙。	上、下顎假牙	4 萬元 4,000 元
2	上顎半口活動假牙。	單顎假牙(缺牙 11 齒以上)	2 萬元 2,000 元

3	下顎半口活動假牙。	單顎假牙(缺牙 11 齒以上)	2 萬元 2,000 元
4	上顎半口活動假牙，併下顎部分活動假牙。	單顎假牙併部分活動假牙	3 萬 9,000 元
5	下顎半口活動假牙，併上顎部分活動假牙。	單顎假牙併部分活動假牙	3 萬 9,000 元
6	上、下顎部分活動假牙。	上、下顎部分活動假牙	3 萬 3,000 元
7	上顎部分活動假牙。	上顎部分活動假牙(單顎缺牙 4 齒以上)	1 萬 7,000 元
8	下顎部分活動假牙。	下顎部分活動假牙(單顎缺牙 4 齒以上)	1 萬 7,000 元

補助基準二

補助項目	補助態樣	補助金額	每年最高補助金額
1	假牙破裂維修費/單顎	1,100 元	6,600 元
2	假牙添加費/單顆	1,100 元	
3	假牙線勾/個	1,100 元	
4	假牙硬式襯底/座	3,300 元	

(三)口腔篩檢服務：

1. 本市市立醫院、本市牙醫師公會會員診所、醫院（有附牙醫科）具有合格牙醫師診所、開業執照，且為全民健康保險特約之公私立醫療院所（術前審核）。

2. 審核篩檢服務：

（1）本市市立醫院受理案件，由本府社會處辦理審核。

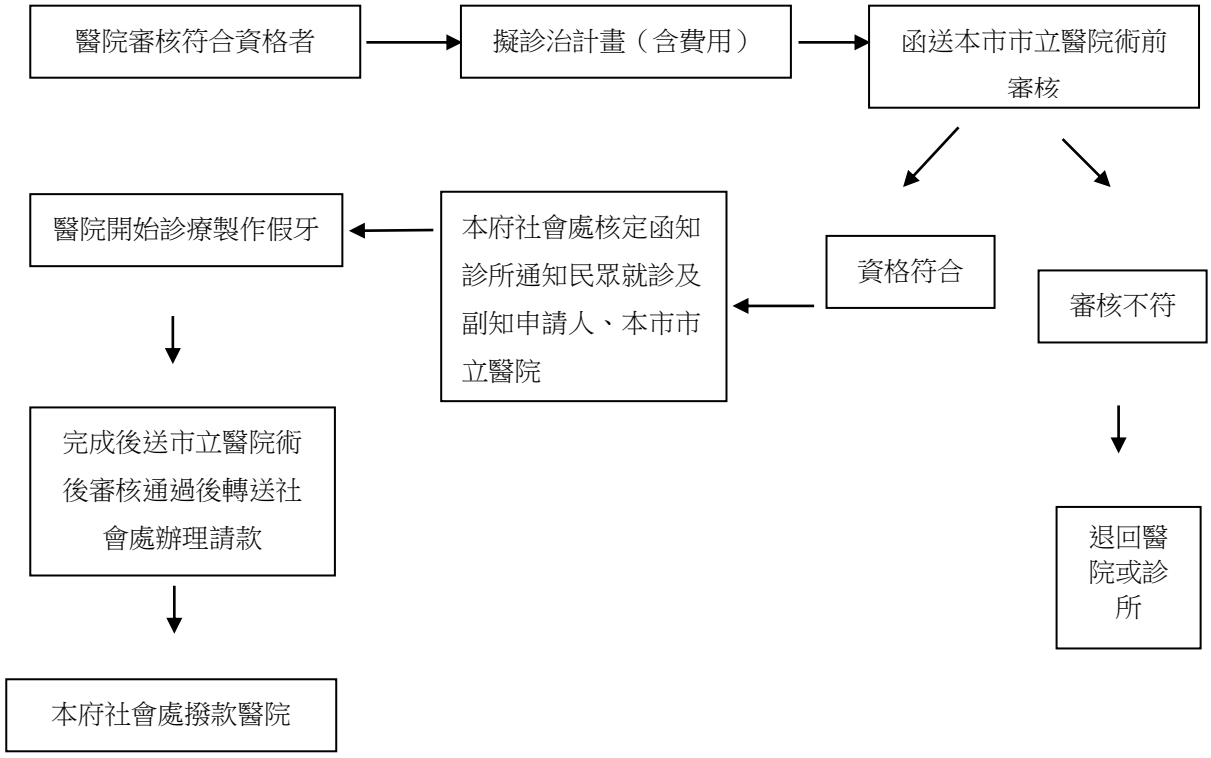
（2）其他各醫院及診所受理案件，由本市市立醫院術後審核。

3.術前術後審核標準：(如附件一)

(四)計畫實施期程：112 年 1 月 1 日至 112 年 12 月 31 日止。

(五)作業流程：

1.各醫院（附設牙科)、診所作業流程：



2.本市市立醫院逕送本府審核。

3.合格醫院、診所市立醫院受理申請於核對身分後，檢具下列文件掛號郵寄向本市立醫院提出申請審核：

（1）補助對象之身份證件（影本)、證明文件（中低收入、身心障礙者生活補助費、補助身心障礙者托育費或養護費達 1/2 以上或低收入戶證明、中低收入戶證明、全額補助收容安置證明書影本)。

（2）診治計畫及診斷證明書（術前相片)。(如附件二)

(3)經本市市立醫院審核通過後報送本府核定(本府函知診所通知民眾就診。)

（4）假牙診治裝設完成，應檢具下列文件函報本市市立醫院審核後轉送

本府社會處辦理請款事宜：

①撥款申請書（如附件三）

②本府社會處核准函影本（含原核定之診治計畫及診斷證明書書、術中、術後相片、補助對象之證明文正本）。

③就診製作假牙費用清單。

④請款收據（如附件四）。

（六）申請人及各醫院診所有義務提供本項補助審核所需相關資料，以供正確審核。

（七）本府社會處得隨時抽查假牙申請人、製作醫院相關資料，申請人、醫院以詐欺、虛偽之證明、報告及其他不正當行為而領有本補助者，應予以停發並追回溢領款項，涉及刑責者移送司法機關辦理。

（八）其他應注意事項：

1.裝置假牙服務提供單位服務提供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。

2.申請人因傷病、死亡等因素，致無法繼續完成裝置活動假牙，本府得依原核定金額及下列比率補助費用：

（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%。

3.自112年12月1日以後之申請案件，如因假牙製程而未能於當年度完成

核銷，或因超過當年度預算，為免影響民眾申請權益，併入 113 年申請案件審核。

4. 有關治療所涉爭議情事，由本市市立醫院及本市牙醫師公會協調處理，必要時由本府社會處、消保官、本市衛生局共同處理。

5. 有關假牙製作超過補助預算標準者，須徵得申請人同意切結者方可辦理收取差額費用。

6. 本計畫實施後，若有特約院所不願繼續辦理,請以「書面」聲明退出特約資格,並將聲明書（請蓋診所章及負責醫師章）郵寄或傳真至本府為憑。

7. 辦理審核篩檢服務相關人員，有下列各款情形之一者，應自行迴避：

(1)本人或其配偶、前配偶、四親等內之血親或三親等內之姻親或曾有此關係者為事件之當事人時。

(2)本人或其配偶、前配偶，就該事件與當事人有共同權利人或共同義務人之關係者。

(3)現為或曾為該事件當事人之代理人、輔佐人者。

(4)於該事件，曾為證人、鑑定人者。

8. 服務對象有填報不實、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，由直轄市、縣（市）政府以書面命本人或其法定繼承人於三十日內返還；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。

9. 照片上請標明術前、術中、術後字樣；請款清冊需蓋大章。

九、 效　益：約可使本市100名本市中低收入長者口腔健康，減輕老人經濟補助低收入戶、中低收入戶及中低收入老人裝置假牙，保障老人健康權益，增進老人福利負擔，以維護老人生活品質與尊嚴。

十、本計畫奉核後實施，修正時亦同。

基隆市 112 年老人口腔健康促進計畫證明書

附件一

編號：　　年　月　日基　　字第　　號

申請人 姓名		身分證字號	
申請項目 及資格	□弱勢老人裝置活動式假牙補助 □設籍本市滿 3 年且實際居住，年滿 65 歲以上老人。 □設籍本市滿 3 年且實際居住，年滿 55 歲以上原住民。		
	□中低收入老人補助裝置假牙，年滿 65 歲以上老人。 □中低收入老人補助裝置假牙，年滿 55 歲以上原住民。 □低收入戶　□中低收入戶 □中低收入老人生活津貼　□領有身心障礙生活補助 □領有社會福利機構公費安置老人		
住　址	基隆市　區　里　鄰　路(街)　巷 弄　號　樓		
效　期	本證明書有效期限，自核發日期至　年 12 月 31 日止，逾期無效。		
說　明	1.本證明書只限用於本市老人申請假牙補助使用。 2.特約院所應備有部份活動假牙 1.7 萬、半口活動假牙 2 萬元、全口活動假牙 4 萬元給申請補助之民眾，並以不收取差額為原則。如需更換材質或有其他需求，經申請人同意並簽訂自願負擔差額切結書者不在此限。		
切結書	□ 弱勢老人裝置活動式假牙補助： 本人自 109 年起__月迄今，確實未申領過本市「中低收入老人補助裝置假牙實施計畫」及從未申請過「弱勢老人口腔健康促進計畫」相同顎別補助，如有不實，願負法律上所有相關責任。 **申請人：＿＿＿＿＿＿（簽章）** □中低收入老人補助裝置假牙： 本人確實自 107 年起__月迄今，確實未申請過本市「中低收入老人補助裝置假牙實施計畫」補助，如有不實，願負法律上所有相關責任。 **申請人：＿＿＿＿＿＿（簽章）** 切結日期：＿＿年＿＿月＿＿日		
此份證明書為□補發（未勾選代表首發）			

（單位關防）

基隆市辦理老人口腔健康促進計畫術前、術中、術後審查核銷規定

附件二

一、術前檢查（最少 4 張）

照片檢查：

1.口內照片：

上顎組織面一張（Tissue Surface）、下顎組織面一張（Tissue Surface）。

2.口外照片（臨床靜止位置）：

正面照一張（Frontal View）、右側面照一張（Lateral View）。

診斷模型檢查：上顎一付、下顎一付。

二、術中檢查（最少 4 張）

口外咬合檢查：

用半調節咬合器（Semiadustable articulator）作臨床重置及咬合重建（Clinical remounting and occlusal adjustment）並拍照送審：

1.正中關係最大咬頭嵌合（C.R.= M.I.）：正面、左右側面照片各一張。

2.側面偏離（lateral excursion）：

左側偏離時，左右側照片各一張。

右側偏離時，左右側照片各一張。

三、術後檢查（最少 4 張）

1.臨床靜止位置（rest position）下：正面照片一張、左右側面照片各一張。

2.正中關係最大咬頭嵌合（C.R.= M.I.）下：正面照片一張、左右側面照片各一張。

(1)支柱齒 x-ray 檢查：2 號 Periapical x-ray 之術後照片。

(2)照片規格：4x6 負片或幻灯片上

備註：照片要能清楚看出幾顆牙齒、牙位

總編號
-
（市立醫院填列）

基隆市　年老人口腔健康促進計畫
診治計畫書

附件三

診所名稱：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　負責醫師姓名：＿＿＿＿＿
診所代碼：＿＿＿＿＿＿＿＿電話：＿＿＿＿＿＿＿＿傳真：＿＿＿＿＿
診所地址：基隆市＿＿＿＿區＿＿＿＿路＿＿＿巷＿＿＿＿弄＿＿＿＿號＿＿＿樓

申請項目及資格			
□弱勢老人裝置活動式假牙補助	□設籍本市滿3年且實際居住，年滿65歲以上老人。 □設籍本市滿3年且實際居住，年滿55歲以上原住民。	□中低收入老人補助裝置假牙，年滿65歲以上老人。 □中低收入老人補助裝置假牙,年滿55歲以上原住民。	□低收入戶 □中低收入戶 □中低收入老人生活津貼 □領有身心障礙生活補助 □領有社會福利機構公費安置老人

就診者基本資料（病歷號碼：　　）			
姓　　名		身分證字號	
出生日期		電　　話	
戶籍地址	基隆市　　區　　里　鄰　　路(街)　　巷 弄　　號　　樓		

診治計畫內容			
診治項目			
活動假牙	□全口	□上顎	□下顎
部份活動假牙	□上、下顎	□上顎	□下顎
假牙維修	□假牙破裂維修	□假牙線勾＿＿個 □假牙添加＿＿顆	□假牙硬式襯底

87654321　12345678
87654321　12345678

檢附:
□照片術前＿＿＿＿張
□石膏模型＿＿＿＿副
□照片術中＿＿＿＿張
□照片術後＿＿＿＿張
(依術前中後審查規定辦理)

預計診治項目詳細說明

預估經費	新臺幣： ＿＿＿＿＿元	診治診所醫師(簽章)		**本診治計畫書經本人詳實審閱無誤。** ＿＿＿＿＿＿（簽章）

（接下頁）

<table>
<tr><td>市立醫院術前審核</td><td colspan="2">□通過核准
□活動假牙□全口□上顎□下顎
□部份活動假牙□上顎□下顎
□部份活動假牙上下顎
□假牙維修
□退件：請詳述退件原因
（ ）</td><td>（審核醫師章）</td><td>（院長章）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">社會處審 核</td><td colspan="2">□通過。
核復公文 年 月 日基府社老參字第 號函</td><td>社會處用 印</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">□ 退件。
（請詳述退件原因：
（ ）
核復公文 年 月 日基府社老參字第 號函</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>醫療院所實際完成日</td><td colspan="2">年 月 日</td><td>完成後就診者簽章</td><td>（簽名並蓋章或捺指印）</td></tr>
<tr><td>診所申請補助金額</td><td>新臺幣：
_____元</td><td>術後市立醫院審核用印</td><td>（審核醫師章）</td><td>（院長章）</td></tr>
</table>

附件四

自願負擔差額切結書

本人＿＿＿＿＿＿申請基隆市 □幸福從齒開始：弱勢老人裝置活動式假牙
□中低收入老人假牙補助

於＿＿＿＿＿＿（院所名稱）進行診治茲因 □更換假牙材質為＿＿＿＿＿＿
□其他因＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所需經費新臺幣＿＿＿＿＿＿元，超出基隆市政府訂頒補助標準額度，有關差額新臺幣＿＿＿＿＿＿元，同意自行負擔繳納，特立此書。

此致

基隆市政府

立切結書人：

身分證字號：

出生年月日：　　年　　月　　日

戶籍地址　：基隆市　　區　　路(街)　　巷
弄　　號　　樓

電　　話：

手　　機：

中華民國　　年　　月　　日

撥款申請書

附件五

本診（院）所業依申請編號／姓名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿等＿＿＿人□弱勢老人裝置活動式假牙□中低收入老人假牙補助之診治計畫書（如附）完成診治，並經基隆市立醫院術後審核通過。茲檢送該診治費用共計新臺幣＿＿＿＿＿＿元整收據乙紙，請惠予同意將款項撥付至下列帳戶：＿＿＿＿＿＿銀行＿＿＿＿＿＿分行

（帳　　號：　　）

診所名稱：　　（簽章）

負 責 人：　　（簽章）

此致

基隆市政府

（帳戶影本粘貼處）

中華民國　　年　　月　　日

基隆市＿＿＿＿年度辦理□幸福從齒開始：弱勢老人裝置活動式假牙請款清單

□中低收入老人假牙補助

附件六

總編號	姓名	身分證字號	出生年月日	戶籍地址(含區里鄰)	核准日期文號	裝置完成日期	請領金額	備註
			年　月　日	基隆市　區　里　鄰　路(街) 巷　弄　號　樓	月　日基府社老參 字第　號	年　月　日	元	
			年　月　日	基隆市　區　里　鄰　路(街) 巷　弄　號　樓	月　日基府社老參 字第　號	年　月　日	元	
			年　月　日	基隆市　區　里　鄰　路(街) 巷　弄　號　樓	月　日基府社老參 字第　號	年　月　日	元	
			年　月　日	基隆市　區　里　鄰　路(街) 巷　弄　號　樓	月　日基府社老參 字第　號	年　月　日	元	
			年　月　日	基隆市　區　里　鄰　路(街) 巷　弄　號　樓	月　日基府社老參 字第　號	年　月　日	元	
			年　月　日	基隆市　區　里　鄰　路(街) 巷　弄　號　樓	月　日基府社老參 字第　號	年　月　日	元	

合計申請：＿＿＿＿人 ＿＿＿＿＿元

(請蓋診所大章)

填表人：　　出納：　　會計：　　負責人：

填表說明：

1. 總編號請填寫診治計畫書編號，戶籍地址以身分證所在地為主，勿填寫出生地。
2. 出生日期請填寫民國，勿填寫西元；核准日期文號請以基隆市政府核准函之日期與文號為主。
3. 金額請務必填寫，填表下方製表人、出納、會計、負責人處請務必用印，出納、會計不得由同１人用印（無出納、會計請填上無）。

附件七

支付機關
基隆市政府

收　　據

日期：　　年　　月　　日

診所名稱	（診所章）						
負 責 人		診所統一編號					
診所地址							
款項名稱	□幸福從齒開始：弱勢老人裝置活動式假牙 □中低收入老人假牙補助 ＿＿＿＿＿＿＿＿等＿＿人假牙裝置費			診治計畫編號：＿＿＿＿＿＿號 等＿＿＿＿＿＿人			
總計金額（請大寫）	新臺幣：　　萬　　仟　　佰　　拾　　元整						
診所負責醫師簽章		會計簽章		出納簽章		主辦人簽　章	

出納聯由**請款診所**持有

✂……

支付機關
基隆市政府

收　　據

日期：　　年　　月　　日

診所名稱	（診所章）						
負 責 人		診所統一編號					
診所地址							
款項名稱	□幸福從齒開始：弱勢老人裝置活動式假牙 □中低收入老人假牙補助 ＿＿＿＿＿＿＿＿等＿＿人假牙裝置費			診治計畫編號：＿＿＿＿＿＿號 等＿＿＿＿＿＿人			
總金額（請大寫）	新臺幣：　　萬　　仟　　佰　　拾　　元整						
診所負責醫師簽章		會計簽章		出納簽章		主辦人簽　章	

收執聯由**社會處**持有

備註：1.將總金額填於一張收據即可。

2.院所內如無出納及會計人員編制，請註記說明並刪除。

3.收據不足時，請自行影印使用。

附件八

112 年度　　住民製作假牙證明書

字第　　號

一、 查　　身分證字號:　　民國　年　月　日出生確係本機構□公費院民、□補助身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用達 1/2 以上，現仍在本機構就養屬實無訛。

二、 本證明書只限用於本市申請假牙補助使用。

三、 本人確實自 107 年起　月迄今，確實未申請過本市「中低收入老人補助裝置假牙實施計畫」補助，如有不實，願負法律上所有相關責任。

※：機關及首長用印

中　　華　　民　　國　　年　　月　　日