

## 基隆市 113 年辦理弱勢老人口腔健康促進實施計畫

- 一、目的：為推動本市高齡友善健康城市之願景，恢復弱勢老人牙齒咀嚼功能，促進口腔衛生保健、強化消化系統，並減輕其經濟負擔，補助本市 65 歲以上弱勢老人及 55 歲以上原住民裝置活動假牙，使本市老人更健康之生活。
- 二、辦理單位：
  - (一) 主辦單位：基隆市政府（以下簡稱本府）。
  - (二) 協辦單位：
    - 1、基隆市各區公所
    - 2、基隆市衛生局（以下簡稱本市衛生局）
    - 3、基隆市市立醫院（以下簡稱本市市立醫院）
    - 4、基隆市牙醫師公會及其會員、轄區內全民健康保險特約之公私立醫療院所。
- 三、口腔篩檢及裝置單位：

本計畫合約之醫療院所，且為本市全民健康保險特約之公私立醫療院所，並應無民眾投訴之醫療爭議案件（以下簡稱醫療院所）。
- 四、實施期間：自 113 年 1 月 1 日起至 113 年 12 月 31 日止。
- 五、服務對象及資格限制：
  - (一) 申請裝置假牙資格：
    - 1、年齡：年滿 65 歲以上老人。  
年滿 55 歲以上原住民。
    - 2、戶籍：設籍本市滿三年者。
    - 3、符合上述裝置活動假牙資格者，經篩檢符合「半口補助」：上(下)顎 3 齒(含)以下；或「全口補助」：上、下顎各 3 齒(含)以下者為補助裝置對象。
  - (二) 本計畫服務對象每人以終身各補助上、下顎一次為限。
  - (三) 服務對象曾取得各級政府中低收入老人相同補助裝置活動式假牙者，三年內不得重複補助。

## 六、補助類別及補助金額：

補助類別	補助金額
全口補助	最高以新臺幣 4 萬元為限
上顎補助	最高以新臺幣 2 萬元為限
下顎補助	最高以新臺幣 2 萬元為限

服務對象完成活動假牙裝置後，免先墊付核定之款項，由本府逕撥付就診之醫療院所，醫療院所不得向民眾收取保證金。

## 七、實施方法：

(一) 計畫申請之作業流程(如圖 1)，各單位分工(如圖 2)。

(二) 申請期程：

1、自 113 年 1 月 1 日至 113 年 10 月 30 日接受民眾至醫療院所申請，113 年 11 月 1 日以後之申請案件，則併入 114 年申請案件審核。

2、醫療院所將民眾申請案件(診治計畫書等相關文件)擬妥後，儘速送至市立醫院及社會處審核。

(三) 核銷期程：

1、醫療院所完成診治後，儘速將核銷案件(診治計畫書等相關文件)送至市立醫院及社會處審核。每三個月將追蹤未核銷結案案件，以維護民眾施作假牙權益。

2、為配合年度預算執行事宜，醫療院所請於 113 年 11 月底前將核銷案件檢據報送市立醫院辦理核銷。

(四) 申請補助裝置假牙者，應持身分證洽戶籍地區公所開立身份證明書，凡符合前條服務對象及資格限制者，得持健保卡，至醫療院所進行裝置活動假牙篩檢。

(五) 各醫療院所檢具申請人下列資料送本市市立醫院進行審查：

1、資格證明書(附件一)。

2、依據術前、術中、術後審查規定(附件二)，檢附申請人口腔狀況及裝置活動假牙後之口內照片、口外照片、診斷模型檢查等照片。

3、診治計畫書(附件三)。

- 4、自願負擔差額切結書（附件四）。
- 5、身分證正、反面影本。
- （六）本市市立醫院，依據醫療院所送件之申請人資料(診治計畫書等相關文件)進行術前審核，核准後函送至本府社會處。
- （七）本府社會處，依本市市立醫院審核結果，函知醫療院所通知民眾進行假牙裝置。
- （八）醫療院所請款申請：  
申請人完成活動假牙裝置後，醫療院所應檢具下列文件，報送本市市立醫院審核後函送本府社會處辦理請款事宜：
  - 1、撥款申請書（附件五）。
  - 2、本府社會處核准函及核准明細表影本（含原核定之診治計畫書、後相片等）。
  - 3、請款清單（附件六）。
  - 4、收據（如附件七）。
- （九）申請人及各醫療院所有義務提供本項補助審核所需相關資料，以供正確審核。
- （十）本府社會處得隨時抽查裝置活動假牙申請人、診治之醫療院所相關資料。申請人、醫療院所以詐欺、不實之證明、文件或其他不正當行為而申領本項補助者，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。
- （十一）其他應注意事項：
  - 1、活動假牙裝置完成後原診治之醫療院所，應提供一年調整服務，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、有關活動假牙裝置超過補助預算標準者，須徵得申請人同意並切結方得辦理收取差額費用。

4、與本計畫合作之醫療院所，若有不願繼續辦理，應以「書面聲明」退出，並將聲明書（加蓋醫療院所章及負責醫師章）郵寄或傳真至本府社會處憑辦。

#### 八、特殊情形辦理方式：

##### (一) 爭議情事處理：

1、由本市衛生局醫療爭議調處委員會負責召開會議，協調處理老人裝置假牙所涉爭議情事，委員出席費用等由本計畫支應。

2、若醫療院所與民眾爭議事項經雙方合議後，應將合議結果函知本府同意後，再行依相關流程辦理後續事宜；然醫療院所不得逕自退款予民眾，若有上情發生，違反計畫要旨，市府得與醫療院所解約，並向醫療院所追回該補助款項。

(二) 申請人或醫療院所如有填報不實、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，由本府以書面命令本人（或其法定繼承人）或醫療院所於 30 日內返還；屆期未返還者，依法移送強制執行，若涉及刑責者移送司法機關辦理。

#### 九、醫療院所申請說明與品質確保，為保障醫病關係及民眾之權益與假牙品質，醫療院所之案件申請與結案均應依下列方式進行：

(一) 本計畫必要外之其他診療項目，得以健保方式處理，由醫療院所逕向健保局申請費用，其診療時機請以專業自行規劃，並與長者充分說明討論後，先進行治療，以免影響後續之假牙裝置進度，惟醫療院所不得另立名目收取與本計畫假牙製作無關之費用。

(二) 醫療院所之服務項目，應包含本計畫假牙製作、裝戴及假牙裝置完成日後一年內之免費調整服務(如因退出，契約終止，仍需保固一年)，以保障服務品質，但如需修補者，應由申請人自行負擔。

(三) 本計畫於假牙裝置期間之問診及保固期間之調整等相關門診免收掛號費及其他費用；本計畫裝置前、後之健保治療項目，包括根管治療、假牙

填補、牙周治療等等，則依規定逕向健保局申請費用。

(四) 申請人因個人因素申請終止假牙裝置或轉至其他醫療院所，其申請上限以一次為限，且需重新提出申請。

十、預期效益：補助 65 歲以上老人及 55 歲以上原住民裝置活動假牙，促進口腔衛生保健，恢復牙齒咀嚼功能及提昇個人生活品質滿意度。

十一、本計畫陳奉核可後實施，修正時亦同。

圖 1：基隆市辦理弱勢老人口腔健康促進實施計畫作業流程圖：

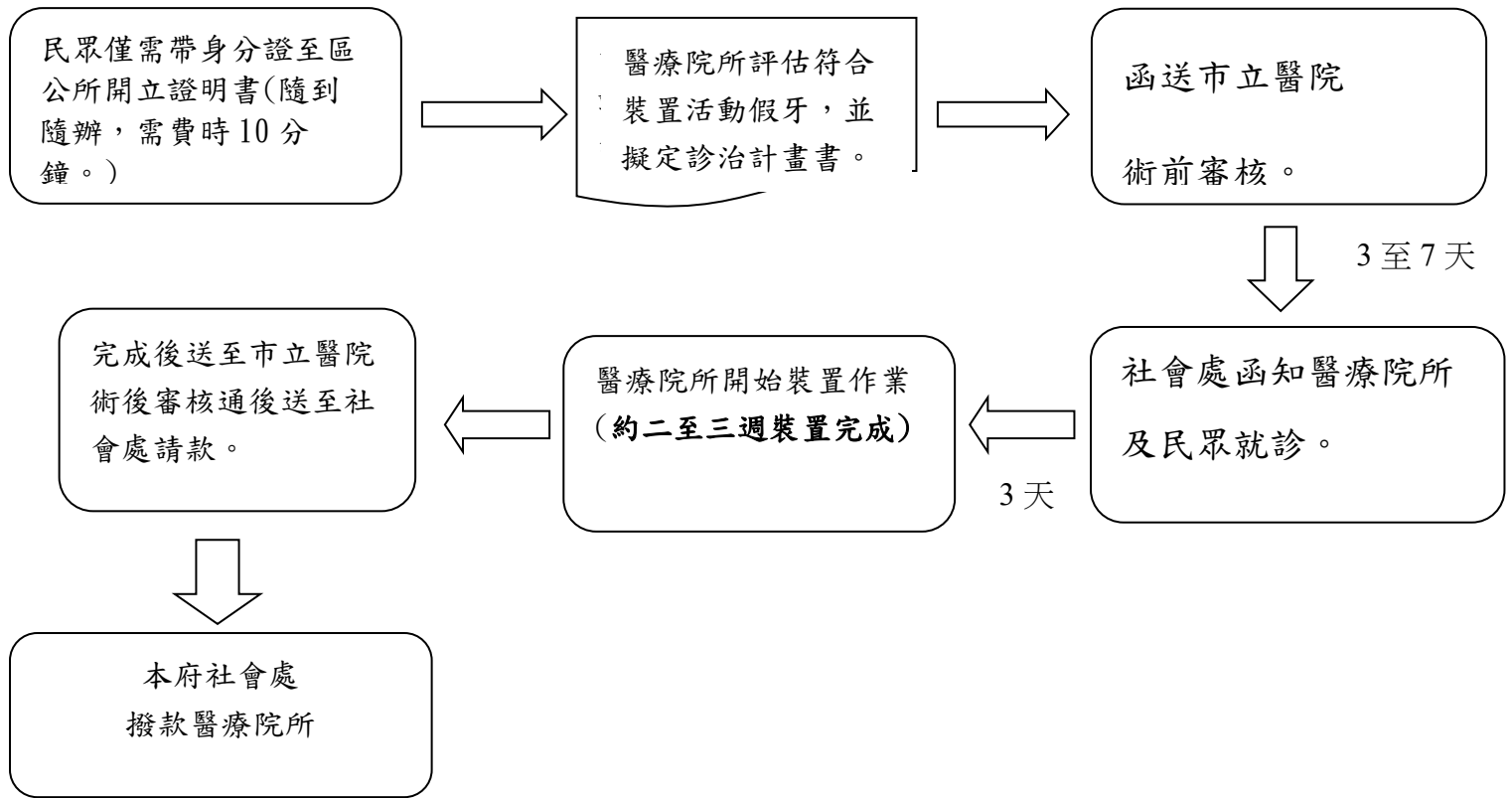
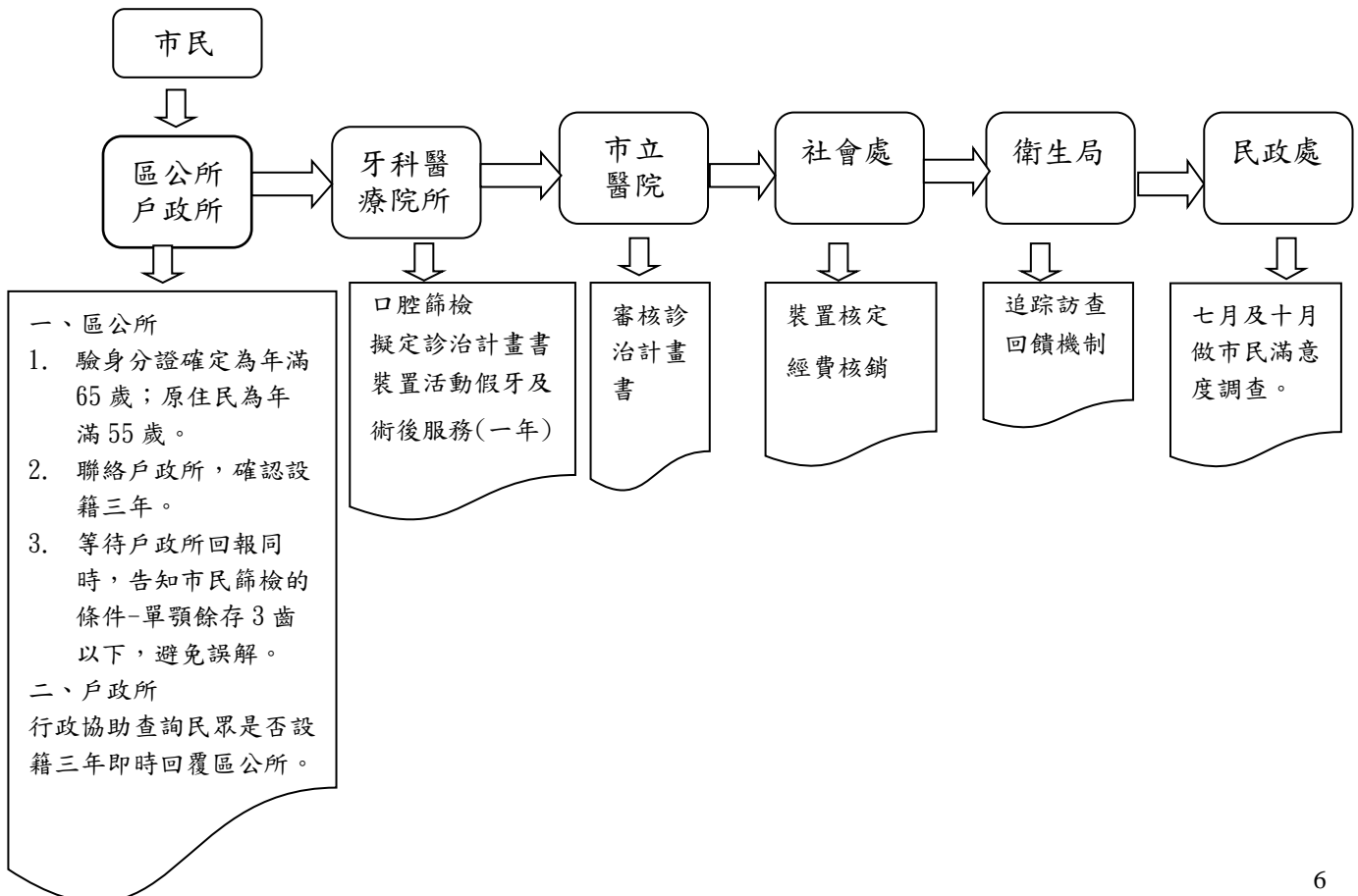


圖 2：基隆市辦理弱勢老人口腔健康促進實施計畫分工圖：



# 基隆市 113 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	<input type="checkbox"/> 弱勢老人裝置活動式假牙補助 <input type="checkbox"/> 設籍本市滿 3 年且實際居住，年滿 65 歲以上老人。 <input type="checkbox"/> 設籍本市滿 3 年且實際居住，年滿 55 歲以上原住民。		
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	<input type="checkbox"/> 弱勢老人裝置活動式假牙補助： 本人自 <u>110</u> 年 <u>    </u> 月起迄今，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「弱勢老人口腔健康促進計畫」補助，如有不實，願負法律上所有相關責任。  <div style="text-align: right;">申請人： _____ (簽章)</div> <input type="checkbox"/> 中低收入老人補助裝置假牙： 本人確實自 <u>108</u> 年 <u>    </u> 月起迄今，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。  <div style="text-align: right;">申請人： _____ (簽章)</div> <div style="text-align: right;">切結日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日</div>		
此份證明書為 <input type="checkbox"/> 補發 (未勾選代表首發)			

(單位關防)

審查核銷規定

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（Semiadjustable 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 負片或幻燈片上

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				
<input type="checkbox"/> 弱勢老人裝置活動式假牙補助	<input type="checkbox"/> 設籍本市滿3年且實際居住，年滿65歲以上老人。 <input type="checkbox"/> 設籍本市滿3年且實際居住，年滿55歲以上原住民。	<input type="checkbox"/> 中低收入老人補助裝置假牙，年滿65歲以上老人。 <input type="checkbox"/> 中低收入老人補助裝置假牙，年滿55歲以上原住民。	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入老人生活津貼 <input type="checkbox"/> 領有身心障礙生活補助 <input type="checkbox"/> 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 _____ 弄 _____ 路(街) _____ 巷 _____ 號 _____ 樓			
診治計畫內容				
診治項目				<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">87654321 12345678</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">87654321 12345678</div> 檢附： <input type="checkbox"/> 照片術前 _____ 張 <input type="checkbox"/> 石膏模型 _____ 副 <input type="checkbox"/> 照片術中 _____ 張 <input type="checkbox"/> 照片術後 _____ 張 (依術前中後審查規定辦理)
活動假牙	<input type="checkbox"/> 全口	<input type="checkbox"/> 上顎	<input type="checkbox"/> 下顎	
部份活動假牙	<input type="checkbox"/> 上、下顎	<input type="checkbox"/> 上顎	<input type="checkbox"/> 下顎	
假牙維修	<input type="checkbox"/> 假牙破裂維修	<input type="checkbox"/> 假牙線勾 _____ 個 <input type="checkbox"/> 假牙添加 _____ 顆	<input type="checkbox"/> 假牙硬式襯底	
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)	

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

## 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）。

支付機關  
基隆市政府

附件七

# 收 據

日期： 年 月 日

診所名稱	(診所章)			出納聯由請款診所持有
負責人		診所統一編號		
診所地址				
款項名稱	<input type="checkbox"/> 幸福從齒開始：弱勢老人裝置活動式假牙 <input type="checkbox"/> 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

支付機關  
基隆市政府

# 收 據

日期： 年 月 日

診所名稱	(診所章)			收執聯由社會處持有
負責人		診所統一編號		
診所地址				
款項名稱	<input type="checkbox"/> 幸福從齒開始：弱勢老人裝置活動式假牙 <input type="checkbox"/> 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

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。

113年基隆市辦理 幸福從齒開始：弱勢老人裝置活動式假牙

附件八

院所名稱：\_\_\_\_\_

核定案待核銷清查一覽表

填表日期： 年 月 日

總編號 (市醫填寫)	申請人姓名	身分證字號	活動假牙 裝置類別	核定文號與金額	辦理情形	114年度編號 【社會處填寫】
			<input type="checkbox"/> 全口 <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎	年 月 日基府社 老參_____號 金額： <input type="checkbox"/> 4萬 <input type="checkbox"/> 2萬	<input type="checkbox"/> 預定12月前辦理核銷 <input type="checkbox"/> 列入114年度 <input type="checkbox"/> 另案辦理退件 原因：	
			<input type="checkbox"/> 全口 <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎	年 月 日基府社 老參_____號 金額： <input type="checkbox"/> 4萬 <input type="checkbox"/> 2萬	<input type="checkbox"/> 預定12月前辦理核銷 <input type="checkbox"/> 列入114年度 <input type="checkbox"/> 另案辦理退件 原因：	
			<input type="checkbox"/> 全口 <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎	年 月 日基府社 老參_____號 金額： <input type="checkbox"/> 4萬 <input type="checkbox"/> 2萬	<input type="checkbox"/> 預定12月前辦理核銷 <input type="checkbox"/> 列入114年度 <input type="checkbox"/> 另案辦理退件 原因：	
			<input type="checkbox"/> 全口 <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎	年 月 日基府社 老參_____號 金額： <input type="checkbox"/> 4萬 <input type="checkbox"/> 2萬	<input type="checkbox"/> 預定12月前辦理核銷 <input type="checkbox"/> 列入114年度 <input type="checkbox"/> 另案辦理退件 原因：	
			<input type="checkbox"/> 全口 <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎	年 月 日基府社 老參_____號 金額： <input type="checkbox"/> 4萬 <input type="checkbox"/> 2萬	<input type="checkbox"/> 預定12月前辦理核銷 <input type="checkbox"/> 列入114年度 <input type="checkbox"/> 另案辦理退件 原因：	

113 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 108 年 月起迄今，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



# 同 意 書

本院所\_\_\_\_\_ (以下簡稱乙方)同意參與基隆市政府(以下簡稱甲方)為執行「基隆市 113 年辦理弱勢老人口腔健康促進實施計畫」及「中低收入老人補助裝置假牙實施計畫」業務，雙方約定內容如下：

- 一、前揭配合期間自 113 年簽立日起 年 月 日至 113 年 12 月 31 日止。
- 二、乙方同意依照甲方所訂之本計畫內容辦理本項全口活動式假牙(含上、下顎)、部分上下顎活動式假牙裝置及業務，如有修正事項，由甲方 10 日前通知，乙方同意配合辦理。
- 三、乙方辦理前開計畫有關活動假牙裝置費用超過本計畫補助預算標準時，須徵得本計畫申請人同意並簽立切結書，方得辦理收取差額費用。
- 四、乙方全口(含上、下顎)、部分上下顎活動式假牙裝置完成後，需至少應提供申請人一年免費調整服務，以保障服務品質。
- 五、乙方如因故終止合作本計畫，應以「書面」聲明退出，並將聲明書(加蓋醫療院所章及負責醫師章)郵寄或傳真至本府(社會處)憑辦。
- 六、本同意書其他未盡事宜，依據醫師法及相關民法、刑法規定辦理。
- 七、本同意書 1 式 2 份，由甲方及乙方簽章用印後生效，由雙方各執 1 份為憑。

立同意書人

甲 方： 基隆市政府  
代 表 人： 市長謝國樑  
地 址： 基隆市中正區義一路 1 號

乙 方：  
代 表 人：  
統 一 編 號：  
地 址：  
電 話：

中 華 民 國 年 月 日