

原住民族委員會

112 年度補助原住民族長者裝置假牙實施計畫

111 年 11 月 11 日原民社字第 1110057970 號函核定

111 年 11 月 22 日原民社字第 1110060122 號函修正

壹、計畫緣起及目的：

一、緣起：

- (一) 世界衛生組織(World Health Organization, WHO)指出，口腔健康不僅影響咀嚼、營養、說話、社交，更可說是全身健康與生活品質的重要基石。由於牙齒與口腔組織長年暴露於相當複雜的環境中，使得口腔疾病，包括：齲齒、牙周病、口腔癌等，成為大多數人們一生中都必须面對的挑戰。
- (二) 依據口腔保健法第 3 條及第 8 條規定，政府應推行口腔疾病預防及保健工作，直轄市、縣(市)主管機關應加強推展老人之口腔保健措施及口腔危害因子防制；爰此，衛生福利部於民國 98 年起，編列預算補助中低收入老人裝置假牙，並於 107 年 3 月 27 日起將 55 歲以上符合低收入戶及中低收入戶資格之原住民納入補助對象。
- (三) 依本會「106 年度臺灣原住民族經濟狀況調查」原住民族家庭年平均收入為 81 萬 8,053 元與全體家庭平均年收入 129 萬 2,578 元相較，僅是全體家庭的 0.63 倍。另依「110 年度原住民就業狀況調查報告」，原住民有酬就業者每人每月主要工作收入 31,195 元，與全體民眾 41,471 元相較，低 10,276 元，顯示原住民族經濟狀況相較於全體民眾處於相對劣勢。考量口腔醫療費用昂貴，若衍伸其他疾病，將促使醫療費用更為沉重，為保障年滿 55 歲以上原住民族之口腔健康及減輕經濟負擔，特訂定本計畫。

二、目的：

- (一) 減輕裝置假牙醫療費用負擔。
- (二) 增進口腔功能健康。
- (三) 加強口腔保健觀念。
- (四) 維持基本生活功能。

貳、辦理機關：

- 一、補助機關：原住民族委員會(以下簡稱本會)。
- 二、辦理機關：直轄市及縣(市)政府。

參、實施地區：全國

肆、實施期程：自 112 年 1 月 1 日起至 112 年 12 月 31 日止。

伍、執行方式：

一、服務對象資格、申請程序、補助態樣及基準：

(一) 服務對象為年滿 55 歲以上原住民，資格限制如下：

- 1、經醫師評估缺牙需裝置假牙，且非衛生福利部「中低收入老人補助裝置假牙實施計畫」服務對象資格者。
- 2、未申請其他政府機關所辦假牙計畫補助者。
- 3、服務對象 112 年度同一類已取得相同補助項目者及他政府機關所辦假牙計畫之補助者，不得提出申請。

(二) 申請程序(線上為主、紙本為輔)：

1、線上申請：

- (1)提出申請：申請補助裝置假牙者，應攜帶健保卡逕向健保特約牙科醫院(診所)提出申請。
- (2)口腔檢查：由健保特約牙科醫院(診所)提供口腔檢查服務及鼓勵口腔篩檢，於本會補助原住民族長者裝置假牙審核系統(下稱審核系統)輸入資料後成案，並於 3 日內線上申請。
- (3)審查作業：由戶籍地直轄市及縣(市)政府於審核系統辦理申請者資格審查作業，至涉及醫療專業部分須由地方牙醫師公會轉請指派具合格牙醫師證書者於審核系統辦理，審查日期不得超過工作天 10 日。
- (4)裝置或維修假牙：經審核通過後，審核系統將發簡訊通知申請者及提供口腔檢查服務之健保特約牙科醫院(診所)，戶籍地直轄市及縣(市)政府亦應發核定函予申請者及提供口腔檢查服務之健保特約牙科醫院(診所)，始得製作或維修假牙。
- (5)補助請款：由健保特約牙科醫院(診所)於審核系統填妥診

治計畫書(二)【附表3】及領據或印領清冊【附表4-1、附表4-2】向戶籍地直轄市及縣(市)政府申領款項。

2、紙本申請：

- (1)提出申請：申請補助裝置假牙者，應攜帶健保卡逕向健保特約牙科醫院(診所)提出申請。
- (2)口腔檢查：由健保特約牙科醫院(診所)提供口腔檢查服務及鼓勵口腔篩檢，並協助申請者填具申請表【附表1】後，連同診治計畫書(一)【附表2】於7日內送申請者之戶籍地直轄市及縣(市)政府審查。
- (3)審查作業：由戶籍地直轄市及縣(市)政府辦理申請者資格審查作業，至涉及醫療專業部分須由地方牙醫師公會轉請指派具合格牙醫師證書者辦理。另健保特約牙科醫院(診所)送件後至通知審核結果之期間，不得超過工作天21日。
- (4)裝置或維修假牙：經審核通過後，戶籍地直轄市及縣(市)政府應發核定函予申請者及提供口腔檢查服務之健保特約牙科醫院(診所)，始得製作或維修假牙。
- (5)補助請款：由健保特約牙科醫院(診所)檢具診治計畫書(二)【附表3】及領據或印領清冊【附表4-1、附表4-2】向戶籍地直轄市及縣(市)政府申領款項。

(三)申請流程圖：請參閱【附表5】。

(四)補助態樣及裝置假牙類別：

- 1、上、下顎全口活動假牙。
- 2、上顎全口活動假牙。
- 3、下顎全口活動假牙。
- 4、上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙。
- 5、下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙。
- 6、上、下顎部分活動假牙。
- 7、上顎部分活動假牙。
- 8、下顎部分活動假牙。
- 9、固定式假牙(指牙冠或牙橋)。

10、活動假牙維修費。

(五) 補助基準：如【附表 6】、【附表 7】；製作假牙費用若超過本計畫各類補助態樣最高補助金額，得由民眾自行負擔或直轄市及縣(市)政府酌予補助。

(六) 服務提供單位：口腔篩檢及裝置假牙服務，由直轄市、縣(市)政府結合具有合格牙醫師證書、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。

(七) 審核機制：

1、直轄市及縣(市)市政府-資格審查：服務對象資格(是否具原住民身分)、重複補助情形(如 112 年度內是否已申請其他機關之假牙計畫補助)。

2、地方牙醫師公會-專業審查：由地方牙醫師公會轉請指派具合格牙醫師證書者辦理補助項目審定、服務提供單位估價合理性及其他必要文件等。

二、直轄市及縣(市)市政府配合辦理事項：

類別	工作項目
(一) 規劃及辦理相關行政作業	<p>1、計畫申請期間及應備文件：自本計畫函頒日起 20 日內，檢附計畫申請表【附件 1】、執行計畫書【附件 2】、牙科醫院診所彙整表【附件 3】、納入預算證明及領據向本會提出申請與請款。</p> <p>2、執行計畫書內容：至少應包含評估轄內原住民族長者需求情形、辦理方式(包含服務對象申請程序、申請流程圖、補助類別、單價及數量、審核及監督機制、服務品質監督、調處機制、經費概算及預期效益)。</p> <p>3、調查有意願配合之牙科醫院診所：應調查轄內有意願配合之牙科醫院(診所)彙整表【附件 3】，併同執行計畫於本會函頒後 20 日函報本會備查。</p> <p>4、按季提供報表：於 4 月 10 日、7 月 10 日及 10 月 10 日，依【附件 4】、【附件 5】、【附件 6】格式，將 1 月至 3 月、4 至 6 月及 7 月至 9 月執行情形相關統計表彙送本會彙辦。</p> <p>5、滿意度調查：應辦理滿意度調查【附件 7】，以瞭解服務對象接</p>

類別	工作項目
	<p>受補助裝置假牙後滿意情形。</p> <p>6、每季辦理宣導：配合季報表，提送每季宣導成果，宣導方式不限。</p> <p>7、口腔保健常識宣導及口腔篩檢服務：請牙科醫院診所於檢查長者口腔狀況時，一併提供口腔保健常識宣導；必要時，經原住民長者同意後，提供口腔篩檢服務。</p> <p>8、假牙補助申請及裝置(維修)期限：112 年度之補助申請，最遲應於 10 月 31 日前完成申請作業，於 112 年 11 月 1 日起受理案件應依次 (113) 年度計畫規定，辦理審查、核撥及結報等作業；112 年度補助款項用罄時，得向本會申請增撥，本會得就各直轄市及縣(市)政府補助款使用狀況調勻後同意撥付，惟 112 年度經費用罄即告中止受理。</p> <p>9、行政獎勵：直轄市、縣(市)政府執行本計畫執行率逾 80%者，應對相關人員予以行政獎勵。</p> <p>10、為鼓勵使用「補助原住民族長者裝置假牙審核系統」，提升使用率，進而節省民眾等待時間，本會補貼牙科醫療院所為使用系統所生各項成本，以系統線上申請及審核假牙補助案件，並結案完成撥款者，每案件補貼新臺幣 150 元整。</p>
(二)執行事項	<p>1、為審查服務對象及補助項目合理性，建立審核機制：</p> <p>(1) 審核權責分工：</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 直轄市及縣(市)市政府-資格審查：服務對象資格、重複補助情形(如 112 年度內是否已申請其他機關之假牙計畫補助)。 ➤ 地方牙醫師公會-專業審查：由地方牙醫師公會轉請指派具合格牙醫師證書者辦理補助項目審定、服務提供單位估價合理性及其他必要文件等。 <p>(2) 審核注意事項：</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 直轄市及縣(市)政府應支付牙醫師公會指派之專業牙醫師審核費用，另交通費請依實際情形檢據核銷。 ➤ 審核人員應本於專業及良知，公正執行職務，不為及不受任何請託或關說。

類別	工作項目						
	<p>2、「服務提供單位」提供口腔檢查及裝置或維修假牙服務：</p> <p>(1)「服務提供單位」：具有合格牙醫師證書、開業執照及執業執照，且為健保特約牙科醫院(診所)。</p> <p>(2)提供之服務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。</p> <p>(3)服務對象如遇傷病、死亡等因素，致無法繼續完成裝置假牙，戶籍地直轄市及縣(市)政府得請牙科醫院(診所)檢附相關證明文件，按假牙製作階段支付服務提供單位核定補助經費之比率：</p> <table border="1" data-bbox="507 763 1337 1137"> <thead> <tr> <th data-bbox="507 763 767 831">補助態樣</th> <th data-bbox="767 763 1337 831">按製作階段及核定補助經費比率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="507 831 767 1010">活動假牙</td> <td data-bbox="767 831 1337 1010"> 牙齒骨架印模：30% 完成排牙：70% 已製作完成：80% </td> </tr> <tr> <td data-bbox="507 1010 767 1137">固定式假牙</td> <td data-bbox="767 1010 1337 1137"> 牙齒取模：35% 已製作完成：80% </td> </tr> </tbody> </table> <p>3、成立調處機制：</p> <p>(1)成立調處小組：由直轄市及縣(市)政府與地方牙醫師公會成立爭議調處小組，處理爭議情事。</p> <p>(2)調處內容：服務對象與健保特約牙科醫院(診所)有關假牙製作或醫療等爭議事件時之案件處理。</p> <p>(3)申請方式：遇有申請或裝置假牙爭議事件，服務對象與健保特約牙科醫院(診所)雙方應檢具相關書面事證送戶籍地直轄市及縣(市)政府調處，必要時調處小組得請雙方出席說明。倘服務對象與健保特約牙科醫院(診所)非位於戶籍地時，得由戶籍地之地方政府協調居住地之地方政府與牙醫師公會代為調處。</p>	補助態樣	按製作階段及核定補助經費比率	活動假牙	牙齒骨架印模：30% 完成排牙：70% 已製作完成：80%	固定式假牙	牙齒取模：35% 已製作完成：80%
補助態樣	按製作階段及核定補助經費比率						
活動假牙	牙齒骨架印模：30% 完成排牙：70% 已製作完成：80%						
固定式假牙	牙齒取模：35% 已製作完成：80%						

三、其他應注意事項：

- (一) 實際執行事項之受理申請方式、審核機制或流程及服務提供等事項，請依上開申請程序及流程圖之便民方式辦理。
- (二) 為鼓勵各牙科醫院(診所)能協助推動本計畫，直轄市及縣(市)

政府得視牙科醫院(診所)送件實際情形，酌予編列電話費等行政費用。

(三) 本會為鼓勵各牙科醫院(診所)能協助推動本計畫，依本計畫資訊系統需要，將提供手寫板予使用系統線上申請之牙科醫療院所。

(四) 本會得定期或不定期針對受補助之直轄市政府及縣(市)政府，以抽查方式考核實際執行情形。

(五) 直轄市及縣(市)政府應於各項宣導資料或宣導品上標示「原住民族委員會補助」及「公益彩券統一識別標誌」等字(圖)樣。

(六) 辦理審核檢查服務相關人員，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。

5、 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，由直轄市及縣(市)政府以書面命本人或其法定繼承人於 30 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。

(七) 申請本假牙補助案件，民眾得自行選擇材質，其超出補助費用部分，得由民眾自行負擔或直轄市及縣(市)政府酌予補助。

(八) 有關假牙裝置費用，請依所轄直轄市及縣(市)衛生局核定牙醫醫療機構收費標準表辦理。

(九) 醫療費用領據(印領清冊)需附千分之四印花稅。

陸、經費請款及核銷：

一、經費請款：本計畫經費採地方政府接受中央計畫型補助款納入預算方式辦理，並分 2 期付款，分期付款條件如下：

(一) 第 1 期：由直轄市及縣(市)市政府檢據申請表、執行計畫書、領據及納入預算證明送本會，經審核通過後撥付核定金額 50%。

(二) 第 2 期：前期撥付金額實際執行金額已達 70%後，應檢具第一期經費執行明細表【附件 8】及經費支出明細表【附件 5】送本會，經審核通過後撥付核定金額 50%。

二、經費核銷：請於 113 年 1 月 31 日前將第 4 季控管表【附件 6】、成果表【附件 4】、經費支出明細表【附件 5】格式連同「經費支出結報明細表」(附件 9)及「賸餘款」，函送本會辦理經費結報事宜。

三、本計畫補助款應專款專用支付於製作或維修假牙費及成本補貼，地方政府配合款得用於業務費。

柒、預期效益

一、量化效益：

補助 55 歲以上原住民族長者裝置假牙，受益人次約 1,400 人 /1,700 人次。

二、質化效益：

促進原住民族長者口腔衛生保健，恢復牙齒咀嚼功能，減少醫療費支出，提升長者生心理健康，強化社會參與，提升生活品質。

捌、經費來源：由本會 112 年度公益彩券回饋金項下支應。

玖、本計畫奉核後實施，如有未盡事宜得隨時修正之。

原住民族委員會補助原住民族長者裝置假牙申請表

收件日期： 年 月 日

申請人 基本 資料	姓名	性別	出生 日期	年	月	日
		身分證 字號			族別	
	電話			手機		
	戶籍 地址					
	居住 地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 另列如右：				

本人_____茲申請「補助原住民族長者裝置假牙實施計畫」，已充分了解並符合本計畫申請補助對象資格規定，且於 112 年度同一類未曾取得相同補助項目或其他政府機關所辦假牙計畫之補助，並同意由牙科醫院(診所)代為申請補助款做為裝置(維修)假牙費用。

本人上述所填各項資料均完全屬實，並同意提供貴府查詢確認本人身分使用；如經查證以詐欺或其他不正當行為或虛偽之證明申請補助費用者，應負一切法律責任，並返還已支付之補助經費，特此切結。

(如為代理申請，代理人應將表內事項詳細告知申請人)

此致 ○○縣(市)政府

申請人(代理人)簽名或蓋章： _____

申請日期： 年 月 日

附表 2

原住民族委員會補助原住民族長者裝置假牙診治計畫書(一)

醫療院所代碼：_____ 醫療院所名稱：_____

醫療院所地址：_____

診 治 計 畫 內 容		
評估項目	<input type="checkbox"/> 第一次裝置假牙 <input type="checkbox"/> 舊假牙已不堪使用 <input type="checkbox"/> 舊假牙堪用	
診治項目	補助態樣	
	<input type="checkbox"/> 上、下顎全口活動假牙	預估單價(補助金額) (上限 3 萬 4,000 元)
	<input type="checkbox"/> 上顎全口活動假牙	(上限 1 萬 7,000 元)
	<input type="checkbox"/> 下顎全口活動假牙	(上限 1 萬 7,000 元)
	<input type="checkbox"/> 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙	(上限 2 萬 9,000 元)
	<input type="checkbox"/> 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙	(上限 2 萬 9,000 元)
	<input type="checkbox"/> 上、下顎部分活動假牙	(上限 2 萬 3,000 元)
	<input type="checkbox"/> 上顎部分活動假牙	(上限 1 萬 2,000 元)
	<input type="checkbox"/> 下顎部分活動假牙	(上限 1 萬 2,000 元)
	<input type="checkbox"/> 固定式假牙(指牙冠或牙橋) _____ 顆(至多 10 顆)	(1 顆 3,400 元)
	活動假牙維修費	<input type="checkbox"/> 假牙破裂維修費/單顆 (上限 550 元)
		<input type="checkbox"/> 假牙添加費/單顆 (上限 550 元)
		<input type="checkbox"/> 假牙線勾/個 (上限 550 元)
		<input type="checkbox"/> 假牙硬式襯底/座 (上限 1,750 元)
合計預估經費(補助總金額)		
預計診治步驟詳細說明	繪圖(缺牙處請打x)	

裝置假牙前(術前)照片粘貼欄-

1、患者口內上、下顎照片各1張

2、咬合面照或環口X光片1張

(可採數位照片或列印，清楚明確可辨認)

負責診治 醫師簽章		醫療院所 蓋章		就診者 同意簽章	(簽名或蓋章或捺指印)
牙醫師公會 審核	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 退件(原因:)	(審核之牙醫師簽名)		(公會章)	
直轄市及縣 (市)政府 審核	<input type="checkbox"/> 通過。 核復公文 年 月 日○○○字第 號函 <input type="checkbox"/> 退件(原因:) 核復公文 年 月 日○○○字第 號函	直轄市及縣(市)政府 核 章			

注意事項：

- 一、受理申請案時，應檢具本診治計畫書(一)及申請書以線上系統、掛號郵寄或親送至戶籍地直轄市及縣(市)政府申請。
- 二、申請案審核通過後，由戶籍地直轄市及縣(市)政府以公文通知牙科醫院(診所)及民眾後，始可辦理假牙之製作及裝置作業。
- 三、提供之服務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。
- 四、執行本計畫假牙裝置所涉爭議情事，請服務對象與健保特約牙科醫院(診所)雙方應檢具相關事證送直轄市及縣(市)政府調處。
- 五、服務對象如遇傷病、死亡等因素，致無法繼續完成裝置假牙，戶籍地直轄市及縣(市)政府得請牙科醫院診所檢附相關證明文件按假牙製作階段支付服務提供單位核定補助經費之比率：

補助態樣	按製作階段及核定補助經費比率
活動假牙	牙齒骨架印模：30% 完成排牙：70% 已製作完成：80%
固定式假牙	牙齒取模：35% 已製作完成：80%

- 六、申請本假牙補助案件，民眾得自行選擇材質，其超出補助費用部分，得由民眾自行負擔或直轄市及縣(市)政府酌予補助。
- 七、有關假牙裝置費用，請依所轄直轄市及縣(市)衛生局核定牙醫醫療機構收費標準表辦理。
- 八、醫療費用領據(印領清冊)需附千分之四印花稅。

原住民族委員會補助原住民族長者裝置假牙診治計畫書(二)

醫療院所代碼：_____ 醫療院所名稱：_____

醫療院所地址：_____

裝置假牙後(術後)照片粘貼欄-

- 1、活動假牙照片：上、下顎正面照片各 1 張
- 2、口外照片：正常咬合正面照片 1 張
- 3、取模後上、下顎石膏正面照片 1 張

(可採數位照片或列印，清楚明確可辨認)

受理醫師核章		完成後 就診者簽章	(簽名或蓋章或捺指印)
醫療院所實際完成日	年 月 日		
醫療院所 申請補助金額	新台幣 元	直轄市及縣 (市)政府核定 文 號	核復公文 年 月 日○○○字第 號函

領 據

茲收到 ○○縣(市)政府 撥付本院所為原住民族長者
(身分證字號：)製作假牙費用，補

助態樣如下：

- 上、下顎全口活動假牙
- 上顎全口活動假牙
- 下顎全口活動假牙
- 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙
- 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙
- 上、下顎部分活動假牙
- 上顎部分活動假牙
- 下顎部分活動假牙
- 固定式假牙_____顆(指牙冠或牙橋)
- 假牙維修費：
 - 假牙破裂維修費/單顎 假牙添加費/單顆
 - 假牙線(環)勾/個 假牙硬式襯底/座

裝置費用及維修費用，計新臺幣 萬 仟 佰 拾 元 整，實屬無訛。

此致

○○縣(市)政府

院所名稱： (簽章)

負責人： (簽章)

院所統一編號：

地址：

電話：

匯款銀行：

匯款帳戶：

匯款帳號：

中 華 民 國 年 月 日

附表 4-2

原住民族委員會補助原住民族長者裝置假牙印領清冊

編號	申請者姓名	出生日期	身分證 字號	電話	地址	補助態樣	核定經費	核定文號
合計							新臺幣	元

院所名稱： (簽章)

負責人： (簽章)

院所統一編號：

地址：

電話：

匯款銀行：

匯款帳戶：

匯款帳號：

原住民族長者裝置假牙申請流程圖

權責單位	作業流程	作業期限
	<p>服務對象請攜帶健保卡前往全民健康保險特約牙科醫院(診所)申請</p>	<p>紙本作業 線上作業</p>
牙科醫院(診所)	<p>牙科醫院(診所)檢具以下資料送申請者戶籍地之直轄市及縣(市)政府審查： 1. 申請書 2. 診治計畫書(一)</p>	<p>7 3 天內送件</p>
<p>牙醫師公會 地方政府</p>	<p>審查作業 直轄市及縣(市)政府辦理資格審查； 地方牙醫師公會辦理專業審查</p> <p>不符合 → 發文退件</p> <p>須補正 → 通知補正</p> <p>符合</p>	<p>審查作業不得超過 21 10 個工作日</p>
地方政府	<p>由直轄市及縣(市)政府函知申請者及牙科醫院(診所)開始裝置或維修假牙</p>	
牙科醫院(診所)	<p>完成後，牙科醫院(診所)檢具以下事項向直轄市及縣(市)政府請款： 1. 領款收據或印領清冊 2. 診治計畫書(二)</p>	<p>完成裝置或維修假牙次日起 14日內</p>
地方政府	<p>直轄市及縣(市)政府撥款予牙科醫院(診所)。</p>	<p>20 15 日</p>

附表 6

補助基準一

補助項目	補助態樣	每年最高補助金額
1	上、下顎全口活動假牙	3 萬 4,000 元
2	上顎全口活動假牙	1 萬 7,000 元
3	下顎全口活動假牙	1 萬 7,000 元
4	上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙	2 萬 9,000 元
5	下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙	2 萬 9,000 元
6	上、下顎部分活動假牙	2 萬 3,000 元
7	上顎部分活動假牙	1 萬 2,000 元
8	下顎部分活動假牙	1 萬 2,000 元
9	固定式假牙(指牙冠或牙橋，至多 10 顆)	3,400 元/顆， 最高補助 3 萬 4,000 元
10	活動假牙維修費(如附表 10-補助基準二)	3,400 元
<p>備註： 每名服務對象每年最高補助金額為 3 萬 4,000 元。舉例：核定補助上顎全口假牙計 1 萬 7,000 元，固定式假牙至多僅能補助 5 顆計 1 萬 7,000 元。</p>		

附表 7

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/新臺幣
1	假牙破裂維修費/單顎	550 元	3,400 元
2	假牙添加費/單顆	550 元	
3	假牙線勾/個	550 元	
4	假牙硬式襯底/座	1,750 元	

**原住民族委員會補助直轄市及縣(市)政府
112 年度辦理原住民族長者裝置假牙實施計畫申請表**

(單位：新臺幣元)

申請 單位	○○○縣(市)政府	申請 日期	○年○月○日
計畫 名稱	○○○縣(市)政府 112 年度辦理原住民族長者裝置假牙實施計畫		
聯絡 方式	承辦人：○○○科員	電話：(02)1234-5678	信箱：
計畫 內容 概要	<p>【簡要敘明執行計畫目的、計畫內容】</p> <p>一、計畫目的：</p> <p>二、計畫內容：</p>		
預期 效益	<p>【簡要敘明計畫預期達成效益】</p> <p>一、質化效益：(與目標相互對應，如增進原住民族長者口腔功能健康)</p> <p>二、量化效益：(受益人次計○…)</p>		
經費 概況	申請原民會補助款：新臺幣○○萬○○元		
應附 文件	<input type="checkbox"/> 本申請表 <input type="checkbox"/> 執行計畫書		

原住民族委員會補助直轄市及縣(市)政府 112 年度辦理原住民族長者裝置假牙實施計畫參考格式

【計畫封面】

**原住民族委員會補助直轄市及縣(市)政府 112 年度
辦理原住民族長者裝置假牙實施計畫**

計畫名稱：○○○縣(市)政府 112 年度辦理原住民族長者裝置假牙執行計畫

申請單位：○○○縣(市)政府

執行期間：○○年○月○日至 112 年 12 月 31 日

中 華 民 國 ○ ○ 年 ○ 月 ○ 日

【計畫內容】

壹、計畫依據

貳、計畫目的

參、辦理單位

肆、實施地區

伍、原住民族長者需求情形

陸、辦理方式（包含申請程序、申請流程圖、補助類別、單價及數量、審核及監督機制）

柒、服務品質監督及調處機制

捌、經費概算

玖、預期效益

一、量化效益

二、質化效益

○○市健保特約牙科醫院(診所)
願意參加 112 年度補助原住民族長者裝置假牙實施計畫彙整表

序號	鄉 (鎮、市、區)	診所名稱	預約電話	地址	備註

注意事項：

一、原住民族地區請協調所轄鄉(鎮、市、區)公所協助宣導，並以每鄉(鎮、市、區)至少有 1 間配合診所為原則，如該鄉(鎮、市、區)無牙科醫院診所者，請註明。

二、名冊將公布於本會全球資訊網上，請確實調查提供。

○○直轄市、縣（市）政府辦理原住民族長者補助裝置假牙執行計畫第○季成果表

統計時間：自 年 月 日至 年 月 日

一、補助裝置假牙人數：

1. 按年齡分：

55-64 歲男性 ___人、女性___人，補助金額_____元

65 歲以上男性 ___人、女性___人，補助金額_____元

2. 按族別分：

太魯閣族___人、卡那卡那富族___人、布農族___人、卑南族___人、
拉阿魯哇族___人、阿美族___人、泰雅族___人、排灣族___人、雅
美族___人、鄒族___人、撒奇萊雅族___人、魯凱族___人、賽夏族
人、賽德克族___人、噶瑪蘭族___人、邵族___人、其他___人。

3. 按地區分：

非原住民族地區___人、原住民族地區___人(平地鄉___人、山地鄉___人)

序號	補助態樣	年齡層	補助人次		補助金額 (元)
			男	女	
1	上、下顎全口活動假牙	55-64 歲			
		65 歲以上			
2	上顎全口活動假牙	55-64 歲			
		65 歲以上			
3	下顎全口活動假牙	55-64 歲			
		65 歲以上			
4	上顎全口活動假牙，併下 顎部分活動假牙	55-64 歲			
		65 歲以上			
5	下顎全口活動假牙，併上 顎部分活動假牙	55-64 歲			
		65 歲以上			
6	上、下顎部分活動假牙	55-64 歲			
		65 歲以上			
7	上顎部分活動假牙	55-64 歲			
		65 歲以上			
8	下顎部分活動假牙	55-64 歲			
		65 歲以上			
9	固定式假牙	55-64 歲			
		65 歲以上			
小計		55-64 歲			
		65 歲以上			
總計					

二、補助假牙維修人數：

1. 按年齡分：

55-64 歲男性 ___人、女性___人，補助金額_____元

65 歲以上男性 ___人、女性___人，補助金額_____元

2. 按族別分：

太魯閣族___人、卡那卡那富族___人、布農族___人、卑南族___人、
拉阿魯哇族___人、阿美族___人、泰雅族___人、排灣族___人、雅
美族___人、鄒族___人、撒奇萊雅族___人、魯凱族___人、賽夏族
人、賽德克族___人、噶瑪蘭族___人、邵族___人、其他___人。

3. 按地區分：

非原住民族地區___人、原住民族地區___人(平地鄉___人、山地鄉___人)

序號	維修項目	年齡層	補助人次		補助金額 (元)
			男	女	
1	假牙破裂維修費/單顎	55-64 歲			
		65 歲以上			
2	假牙添加費/單顎	55-64 歲			
		65 歲以上			
3	線勾/個	55-64 歲			
		65 歲以上			
4	硬式襯底/座	55-64 歲			
		65 歲以上			
小計		55-64 歲			
		65 歲以上			
總計					

三、特約裝置假牙牙科醫院(診所)：

1. 醫學中心_____家

2. 區域醫院_____家

3. 地區醫院_____家

4. 特約診所_____家

承辦人：

業務主管：

填表說明：

本成果表按季以核定補助人數及補助態樣人次等作統計(含未核撥款案件)。

原住民族委員會補助直轄市及縣(市)政府 112 年度辦理原住民族長者裝置
假牙執行計畫經費支出明細表

統計時間：自 年 月 日至 年 月 日

編號	經費支出日期			姓名	性別	補助態樣	金額				
	年	月	日				萬	仟	佰	拾	元
01	110	5	1	○○○		上顎全口活動假牙	1	5	0	0	0
02	110	6	6	○○○		下顎全口活動假牙	1	5	0	0	0
						固定式假牙/2 顆		6	0	0	0
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											
本頁支出合計：				2	人	36,000	元				
總合計：				2	人	36,000	元				
填表說明：補助項目超過 1 項時，請自行增列欄位。											

承辦人：

業務主管：

經辦主計：

機關首長：

附件 6

○○縣(市)政府 112 年度辦理原住民族長者裝置假牙補助計畫申請案件控管表 填表日期：

編號	狀態	申請者姓名	身分證字號	性別	族別	申請金額	申請補助態樣	申請日期	申請文號	申請醫院	申請醫院地址	核定日期	核定文號	核定金額	申請至核定天數	核定項目	撥款日期	撥款文號	備註
範 例	已核定 (未撥款)	○○ ○	U123456789	男	阿美	25000	活動式	111.01.01	1100000001	閃亮醫院	新北市新莊區	110.02.01	1100000002	27000		活動式	110.03.25	1100000003	
	已撥款						固定式									固定式			
	已結案						活動式+ 固定式									活動式+ 固定式			固定式假牙未施作
							維修									維修			

填表說明：以提出申請時即做全案統計並統計全年度, 例如第 1 季為 1 月 1 日至 3 月 31 日, 第 2 季為 1 月 1 日至 6 月 30 日依此列推。

原住民族委員會補助○○縣政府
112 年度辦理原住民族長者裝置假牙實施計畫
滿意度問卷調查表

親愛的長輩您好：感謝您撥冗填寫這份問卷，這份問卷主要是想了解您對於補助裝置假牙措施的滿意情形，請您依照自己的實際情形回答，並在最適當的答案□裡打✓。您的寶貴意見，對於政府施政會有很大的幫助。本項調查並不會洩露您個人資料，請放心填答，在此感謝您的協助。

○○縣政府○○局敬上 聯絡電話：○○○○

一、基本資料：

(一) 年齡層：55-64 歲 65 歲以上

(二) 性別：男性 女性

(三) 族別：_____族

(四) 戶籍地：_____縣、市_____鄉、鎮、市、區

二、請問您從何處知道本項補助計畫（可複選）：

電視 報紙 網路 縣市政府 醫療院所 鄰里長

親朋好友 其他_____

三、請問您申請假牙補助的時間是____年____月____日

核定施作假牙時間為____年____月____日（請填寫地方政府函文日期）

完成裝置假牙的日期是____年____月____日

四、請問您的裝置假牙還在使用中嗎？

有

沒有

五、目前您裝置的假牙還舒適嗎？

非常舒適

舒適

沒意見

不舒適

非常不舒適

六、您覺得補助裝置假牙對您的飲食有沒有幫助？

非常有幫助

有幫助

- 沒意見
- 沒有幫助
- 非常沒有幫助

七、您覺得這次申請假牙補助的手續方不方便？

- 非常方便
- 方便
- 沒意見
- 不方便
- 非常不方便

八、請問您在假牙製作或維修的過程裡，自行負擔費用為何？

- 沒有
- 有，約收費_____元？

九、您對原住民族委員會開辦原住民族長者補助裝置假牙計畫滿不滿意？

- 非常滿意
- 滿意
- 沒意見
- 不滿意（請續答十）
- 非常不滿意（請續答十）

十、請問您不滿意的原因是？（可複選）

- 醫院(診所)太少
- 申請程序複雜
- 口腔檢查時間太久
- 核准通知時間太久
- 其他_____

十一、建議事項：

**原住民族委員會補助○○縣政府
112 年度辦理原住民族長者裝置假牙執行計畫
第一期經費執行明細表**

範例

申請單位：○縣(市)政府

執行期程：自 112 年 1 月 1 日起至 110 年 12 月 31 日

年度計畫原民會補助金額：新臺幣 100 萬元整

(單位：新臺幣元)

原民會 年度核定金額	已撥數(元) 40%	執行數(元) (C)	執行率 (D)=C/B	賸餘款 (E)=B-C
製作或維修假牙費及成本補貼費(A)	(B)			
1,000,000	500,000	420,000	84%	80,000

承辦人：

業務主管：

經辦主計：

機關首長：

**原住民族委員會補助○○縣政府
112 年度辦理原住民族長者裝置假牙執行計畫
經費結報明細表**

範例

申請單位：○縣(市)政府

執行期程：自 112 年 1 月 1 日起至 112 年 12 月 31 日

年度計畫原民會補助金額：新臺幣 100 萬元整

(單位：新臺幣元)

製作或維修假牙費及成本補貼費 (A)	已撥數(元) (B)	執行數(元) (C)	達成率 (D)=C/A	賸餘款 (E)=B-C
1,000,000	500,000	420,000	42%	80,000