

附表 2

彰化縣政府補助原住民族長者裝置假牙診治計畫書

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	補助明細列表		製作 (維修) 總金額	民眾需 自行負擔金額
	【原民會補助每名服務對象合計最高金額為3萬4,000元,1-5項縣政府補助部分每人終身以一次為限】	原民會 最高補助	縣政府 補助		
	<input type="checkbox"/> 上、下顎全口活動假牙	36,000	8,000		
	<input type="checkbox"/> 上顎全口活動假牙	18,000	4,000		
	<input type="checkbox"/> 下顎全口活動假牙	18,000	4,000		
	<input type="checkbox"/> 上顎全口活動假牙,併下顎部分活動假牙	31,000	8,000		
	<input type="checkbox"/> 下顎全口活動假牙,併上顎部分活動假牙	31,000	8,000		
	<input type="checkbox"/> 上、下顎部分活動假牙	26,000	0		
	<input type="checkbox"/> 上顎部分活動假牙	13,000	0		
	<input type="checkbox"/> 下顎部分活動假牙	13,000	0		
	<input type="checkbox"/> 固定式假牙(指牙冠或牙橋)_____顆 (最多10顆)(最高補助36,000元)	3,600/1顆	0		
	活動假牙維修費 【每年最高補助3,400元】	<input type="checkbox"/> 假牙破裂維修費/單顎	6000/上限	0	
		<input type="checkbox"/> 假牙添加費/單顆	600/上限	0	
	<input type="checkbox"/> 假牙線勾/個	600/上限	0		
	<input type="checkbox"/> 假牙硬式襯底/座	1,800/上限	0		
【由彰化縣政府填寫】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，全彩清楚明確可辨認)

負責診治 醫師簽章		醫療院 所蓋章		就診者 同意簽章	(簽名或蓋章或耐指印)
彰化縣牙 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)
彰化縣政府 審核	<input type="checkbox"/> 通過 核復公文： <input type="checkbox"/> 退件(原因：) 核復公文：			彰化縣政府 核章	

***注意事項：**

- 一、受理申請案時，應檢具本診治計畫書及申請書以線上系統、掛號郵寄或親送至彰化縣政府【寄送地點：彰化縣原住民生活館(彰化市中山路三段 266-1 號)】申請。
- 二、申請案審核通過後，由彰化縣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彰化縣政府調處。
- 五、服務對象如遇傷病、死亡等因素，致無法繼續完成裝置活動假牙，彰化縣政府得請牙科醫院(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。
- 七、有關假牙裝置費用，請依彰化縣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)需繳納千分之四印花稅(貼印花稅票)。