

彰化縣政府 113 年度辦理原住民族長者裝置假牙執行計畫

壹、計畫依據：

原住民族委員會 113 年度補助原住民族長者裝置假牙實施計畫

貳、計畫目的：

- 一、減輕原住民族長者裝置假牙醫療費用負擔，以保障其獲得適切的服務及生活照顧，促進健康福祉。
- 二、增進原住民族長者口腔功能健康。
- 三、加強口腔保健觀念。
- 四、維持其基本生活品質。

參、辦理機關：

- 一、補助機關：原住民族委員會
- 二、辦理機關：彰化縣政府

肆、實施地區：彰化縣

伍、實施期程：自 112 年 11 月 1 日至 113 年 10 月 31 日止。

陸、原住民族長者需求情形

- 一、本縣 112 年 12 月份原住民人口統計資料顯示：55 歲-64 歲人數：616 人（男 181 人女 435 人）。65 歲以上：311 人（男 110 人女 173 人）。合計人數 828 人。
- 二、口腔健康對身體健康影響甚鉅，隨年齡增長，口腔機能逐漸下降，若無即時處理，恐引起牙齦萎縮、牙周疾病、口腔黏膜疾病及缺牙等情形，且嚴重缺牙將導致咀嚼功能退化，造成飲食不均衡且營養攝取不足；甚至會因外觀變化引起心理健康問題，影響社交生活，並間接導致其他疾病，如失智症、心血管疾病、慢性呼吸系統疾病和糖尿病等，實有改善之必要。
- 三、本縣原住民多從事於勞動工作，為經濟弱勢，補助對長者口腔醫療費用，舒解經濟壓力，以能落實平等照顧原住民健康權益之福利措施。

柒、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 歲以上設籍本縣原住民，資格限制如下：

- 1、年滿 55 歲以上設籍本縣原住民，經牙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。
- 2、未申請其他政府機關所辦假牙計畫補助者。
- 3、服務對象本(113)年度同一類已取得相同補助項目者及其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，於原住民族委員會(以下簡稱原民會)補助原住民族長者裝置假牙審核系統(以下稱審核系統)輸入資料後成案，並於 3 日內線上申請。
- (3) 審查作業：由本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由彰化縣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，審核日期不得超過工作天 10 日。
- (4) 裝置或維修假牙：經審核通過，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)，本府並發送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【附表 2】、診治成果表【附表 3】及領據或印領清冊「需繳納千分之四印花稅(貼印花稅票)」【附表 4-1、附表 4-2】向本府申領款項。
- (6) 行政獎勵：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，原民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 100 元整。

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書【附表1】後，連同診治計畫書【附表2】於7日內送本府審查。
 - (3) 審查作業：由本府辦理申請者資格審查作業，至涉及醫療專業部分由彰化縣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，本府發送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)檢具診治成果表【附表3】及領據或印領清冊【附表4-1、附表4-2】「需繳納千分之四印花稅(貼印花稅票)」向本府申領款項。
- (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】；第1項至第5項全口活動假牙由本府補貼至同本縣老人老人裝置全口假牙補助額度，超過本計畫其餘所列各類補助態樣補助基準(見本府計畫附表6及附表7)最高補助金額，由民眾自行負擔。

(六) 服務提供單位：提供口腔篩檢及裝置或維修假牙服務，由本縣具合格牙醫師證書、開業執照及執業執照，且為全民健保特約牙科醫院(診所)。

(七) 審核機制

1、本府-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 113 年度內是否已申請其他機關之假牙計畫補助)。

2、彰化縣牙醫師公會-專業審查：由彰化縣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。

3、審核注意事項：

1. 本府應支付牙醫師公會指派之專業牙醫師審核費用，另交通費將依實際情形檢據核銷。

2. 審核人員應本於專業及良知，公正執行職務，不危及不受任何請託或關說。

3. 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，不得辦理審核工作：

(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，由本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。

捌、服務品質監督及調處機制：

一、服務品質監督

(一) 提供之服務應包含假牙製作及裝置，裝戴後至少一年調整服務，以保障服務品質。

(二) 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，

本府得依牙科醫院(診所)檢附相關文件，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%

(三)申請本假牙補助案件，民眾得自行選擇材質，費用應依本縣衛生局核定牙醫醫療機構收費標準表辦理，其超出補助費用部分，得由民眾自行負擔。

(四)滿意度調查：裝置或維修假牙完成後，提供申請者填寫滿意度調查問卷調查表【附件7】，連同請款資料併送本府，以瞭解服務對象接受補助裝置假牙後滿意情形。

二、調處機制：

(一)成立調處小組：由本府(行政處、民政處)與彰化縣牙醫師公會成立爭議調處小組，處理爭議情事。

(二)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。

(三)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本府調處，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)非位於本縣(申請者戶籍地)時，得由本府協調申請者居住地之地方政府與牙醫師公會代為調處。

玖、本府應配合辦理事項

一、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原民會提出申請與請款。

二、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)。

- 三、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】，併同執行計畫於原民會函頒後20日函報本會備查。
 - 四、按季提供報表：於2月10日、5月10日及8月10日，依【附件4】、【附件5】、【附件6(需一併提供電子檔至原民會)】格式，將11月至1月、2月至5月及5月至7月執行情形相關統計表彙送原民會彙辦。
 - 五、滿意度調查：應辦理滿意度調查【附件7】，以瞭解服務對象接受補助裝置假牙後滿意情形。
 - 六、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。
 - 七、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。
 - 八、假牙補助申請及裝置(維修)期限：113年度之補助申請，最遲應於10月31日前完成申請作業，於113年11月1日起受理案件應依次(114)年度計畫規定，辦理審查、核撥及結報等作業；113年度補助款項用罄時，得向原民會申請增撥，原民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113年度經費用罄即告中止受理。
 - 九、行政獎勵：執行本計畫執行率逾80%者，應對相關人員予以行政獎勵。
- 壹拾、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、原民會為鼓勵各牙科醫院(診所)能協助推動本計畫，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，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，並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100元整。
 - 三、本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。
 - 四、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本府酌予補助。
 - 五、醫療費用領據(印領清冊)需附千分之四印花稅。

壹拾壹、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，受益人數約9人。
- 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。

壹拾貳、本計畫奉核後實施，如有未盡事宜得隨時修正之。

附表 1

彰化縣政府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：					
<p>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 113 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。</p> <p>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。</p> <p>(如為代理申請，代理人應將表內事項詳細告知申請人)</p> <p>此致 彰化縣政府</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">申請人(代理人)簽名或蓋章：_____</p> <p style="text-align: right;">申請日期： 年 月 日</p>						

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：			彰化縣政府 核章	
	<input type="checkbox"/> 退件(原因：) 核復公文：				

*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)。

附表 3

彰化縣政府補助原住民族長者裝置假牙診治成果表

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，全彩清楚明確可辨認)

受理醫師核章		完成後 就診者簽章	
醫療院所實際完成日	年 月 日		
醫療院所 申請補助金額	新臺幣 元	彰化縣政府 核定文號	核復公文文號：

附表 4-1

領 款 收 據

茲收到彰化縣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

彰化縣政府

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

(*請黏貼請領金額千分之四之印花稅票)

附表 4-2

彰化縣政府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：

(*請黏貼請領金額千分之四之印花稅票)

附表 5

彰化縣原住民族長者裝置假牙申請流程

權責單位	作業流程	作業期限	
	<p style="text-align: center;">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>	紙 本 作 業	線 上 作 業
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)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)】審查： 1. 申請書 2. 診治計畫書(一)</p>	7	3 天 內 送 件
彰化縣政府 彰化縣牙醫師公會	<p style="text-align: center;">審查作業 彰化縣政府 辦理資格審查； 彰化縣牙醫師公會 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>	21	10 個 工 作 日
彰化縣政府	<p style="text-align: center;">由彰化縣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)檢具以下事項向彰化縣政府請款： 1. 領款收據或印領清冊 2. 診治計畫書(二)</p>		完成裝置或 維修假牙次 日起 14 日內
彰化縣政府	<p style="text-align: center;">彰化縣政府撥款予牙科醫院(診所)</p>	20	15 日

附表 6

補助基準一

補助項目	補助態樣	最高補助金額	說明
1	上、下顎全口活動假牙	44,000 元	原住民族委員會補助 36,000 元 彰化縣政府補助 8,000 元 1. 由本府補貼至同彰化縣老人裝置全口假牙補助金額 2. 本府補助每人終身以一次為限
2	上顎全口活動假牙	22,000 元	原住民族委員會補助 18,000 元 彰化縣政府補助 4,000 元 1. 由本府補助至同彰化縣老人裝置全口假牙補助金額 2. 本府補助每人終身以一次為限
3	下顎全口活動假牙	22,000 元	原住民族委員會補助 18,000 元 彰化縣政府補助 4,000 元 1. 由本府補助至同彰化縣老人裝置全口假牙補助金額 2. 本府補助每人終身以一次為限
4	上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙	39,000 元	原住民族委員會補助 31,000 元 彰化縣政府補助 8,000 元
5	下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙	39,000 元	1. 上或下顎全口活動假牙，由本府補助至同彰化縣老人裝置全口假牙補助金額 2. 本府補助每人終身以一次為限
6	上、下顎部分活動假牙	26,000 元	原住民族委員會補助
7	上顎部分活動假牙	13,000 元	
8	下顎部分活動假牙	13,000 元	
9	固定式假牙(指牙冠或牙橋，至多 10 顆)	3,600 元/顆	由原住民族委員會補助 最高補助 36,000 元
10	活動假牙維修費 (如附表 7-補助基準二)	3,600 元	由原住民族委員會補助

備註：

- 原住民族委員會每年最高補助每名服務對象金額為 3 萬 6,000 元。舉例：核定補助上顎全口假牙計 18 7,000 元，固定式假牙至多僅能補助 5 顆計 1 萬 8,000 元。
- 超過本計畫所列各類補助態樣最高補助金額，得由民眾自行負擔。

附表 7

補助基準二

補助項目	補助態樣	補助金額 / 新臺幣	每年最高 補助金額 / 新臺幣	說明
1	假牙破裂維修費/單顎	600 元	3,600 元	由原住民族委員會補助 不足由民眾自行負擔
2	假牙添加費/單顆	600 元		
3	假牙線勾/個	600 元		
4	假牙硬式襯底/座	1,800 元		