

正本

發文方式：郵寄

檔 號：

保存年限：

臺南市政府社會局 函

710

台南市永康區中華路196-14號10樓

地址：70801臺南市安平區永華路2段6號7樓

承辦人：曾竹吟

電話：06-2156974#20

傳真：06-2158088

電子信箱：tsubasa0731@mail.tainan.gov.tw

受文者：台南市牙醫師公會

發文日期：中華民國111年2月18日

發文字號：南市社老字第1110195845號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：實施計畫及相關申請表單各1份

主旨：檢送「臺南市政府111年度中低收入老人補助裝置假牙實施計畫」及申請相關表單各1份，請廣為宣導並協助轄內符合資格民眾提出申請，請查照。

說明：

- 一、旨揭計畫業經本局111年2月15日簽奉核准辦理。
- 二、計畫及表單電子檔請於本局網站-老人福利-福利與服務-健康及住宅維護-中低收入老人假牙補助頁面內之相關檔案中下載，網址為http://sab.tainan.gov.tw/News_Content.aspx?n=21370&s=4378300。

正本：臺南市各區公所、臺南市政府衛生局、台南市牙醫師公會

副本：本局老人福利科

局長陳榮枝

收文日期	111年2月25日	第134號	簽章
批示日期	111年2月25日		
批示項目	<input type="checkbox"/>	1. 全體會員	
	<input type="checkbox"/>	2. 學術主委	
	<input type="checkbox"/>	3. 健保主委	
	<input type="checkbox"/>	4. 環保主委	
	<input type="checkbox"/>	5. 口衛主委	
	<input type="checkbox"/>	6. 聯誼主委	
	<input type="checkbox"/>	7. 總務主委	
	<input type="checkbox"/>	8. 資訊主委	
	<input type="checkbox"/>	9. 偏遠主委	
	<input type="checkbox"/>	10. 公關主委	
	<input type="checkbox"/>	11. 法令處委	
	<input type="checkbox"/>	12. 前主委	

理事長 王 俊 凱

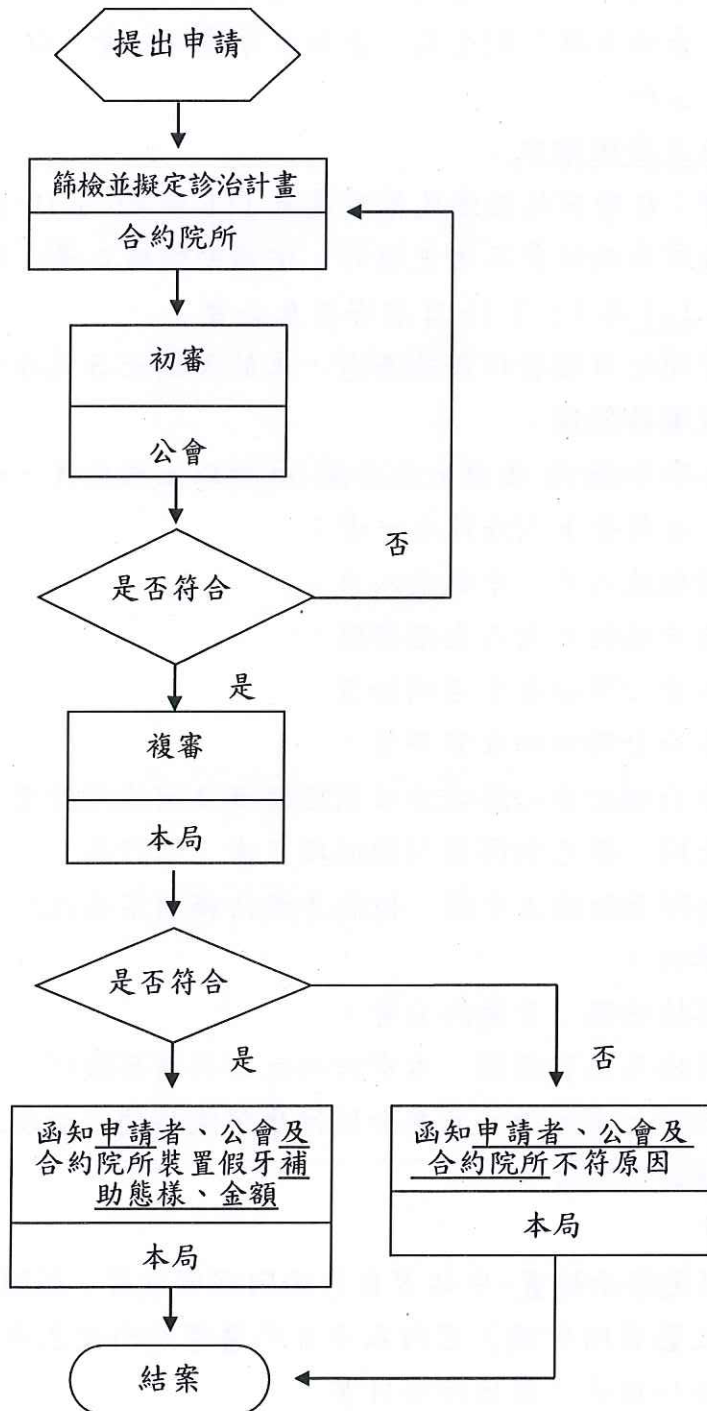
花PO 藍禮網金

臺南市政府 111 年度中低收入老人補助裝置假牙實施計畫

- 一、目的：為保障老人口腔健康，減輕老人經濟負擔，特補助經濟弱勢老人裝置假牙，以維護老人生活品質與尊嚴。
- 二、主辦單位：臺南市政府社會局（以下簡稱本局）。
- 三、協辦單位：臺南市政府衛生局、臺南市牙醫師公會（以下簡稱公會）、臺南市各區公所。
- 四、計畫實施日及受理期限：
 - (一)申請者：自即日起接受民眾申請至 111 年 12 月 10 日止（或額滿為止）；若申請人數眾多而經費不足支應時，依補助態樣之優先順序予以補助。
 - (二)診所：111 年 12 月 15 日前寄件至公會。
（前述 2 項之日期皆以郵戳為憑，未於各截止日完成者，一律不受理）
- 五、補助對象及資格限制：
 - (一)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. 列冊低收入戶、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. 經本府全額補助收容安置。
 5. 經本府補助身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用達 50% 以上。
 - (二)申請者同一顎已取得相同補助項目者，須於滿 5 年以上，經評估有重新裝置必要，始得重新提出申請。但假牙維修補助不在此限。
- 六、服務提供單位：
 - (一)審核篩檢服務：牙醫師公會。
 - (二)口腔篩檢及裝置服務：本市轄內之牙科醫療院所、醫院(有附牙醫科)及有牙醫師駐診之衛生所，且為全民健康保險特約之公私立醫療院所，經與本府衛生局簽訂合約者。
- 七、作業流程：
 - 步驟一：擬定診治計畫-申請者自行檢附證明文件（無證明文件者請至戶籍所在地之區公所申請）逕向本市合約醫療院所提出申請，經合約醫療院所牙醫師評估後，提出診治計畫。
 - 步驟二：審核-合約醫療院所將申請者診治計畫及其檢附之證明文件資料送至牙醫師公會審核；經牙醫師公會審核通過並轉送本局核准後，由本局函知牙醫師公會、合約醫療院所及申請者；不符合則退回合約醫療院所。
 - 步驟三：裝置假牙服務-合約醫療院所接獲核准函後，始可進行活動假牙之製作與

裝置。(除此計畫外之其他診療項目以健保方式處理，逕向健保局申請費用，其診療時機請自行規劃提早治療，以免耽誤後續之假牙裝置。)

步驟四：申請補助-請於假牙裝妥且診治完成後1個月內儘速向本局申請補助費用提出申請。申請文件以雙掛號郵寄(或逕送)本局請款。



八、補助態樣、裝置假牙類別之優先順序及費用標準：

優先次序	補助態樣	裝置假牙類別	最高補助金額
1	上下顎全口活動假牙。	上、下顎全口假牙	44,000 元
2	上顎全口活動假牙。	單上顎全口假牙	22,000 元
3	下顎全口活動假牙。	單下顎全口假牙	22,000 元
4	上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙。	單上顎假牙併下顎活動假牙	39,000 元
5	下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙。	單下顎假牙併上顎活動假牙	39,000 元
6	上、下顎部分活動假牙。	上、下顎部分活動假牙	33,000 元
7	上顎部分活動假牙。	上顎部分活動假牙	17,000 元
8	下顎部分活動假牙。	下顎部分活動假牙	17,000 元
9	活動假牙維修費	假牙破裂維修費／單顆：1,100 元	6,600 元
		假牙添加費／單顆：1,100 元	
		假牙線勾／個：1,100 元	
		假牙硬式襯底／座：3,300 元	

註：未達最高補助金額者以實際金額支付，逾最高補助金額者，以最高補助金額支付。

九、牙醫師公會協助事項：

- (一)協助宣導老人口腔衛生教育、本計畫，及審核裝置假牙診治計畫書；發生假牙製作或醫療等爭議事件時，召開會議協調處理，必要時會同本府衛生局共同處理。
- (二)由合約院所篩檢並裝置老人活動假牙；裝置之假牙服務應包含假牙製作、裝戴及裝戴後至少 1 年調整服務，以保障服務品質。
- (三)參與審核案件之相關人員，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、4 親等內之血親或 3 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。

十、其他注意事項：

- (一)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，由本局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。
- (二)健保已給付項目不可重複申請補助。
- (三)補助對象如遇傷病、死亡等因素，致無法繼續完成裝置活動假牙，本局得按假牙製作階段支付合約院所相當比率補助經費。
- (四)本計畫之合約院所不得巧立名目加收與假牙製作不相關費用，或與接受裝置之個案有私下協議不合本計畫之情事，若有違反情事，本局將通知公會取消其合約資格。

十一、滿意度調查：

本局自完成「活動假牙裝置」之補助名冊內隨機抽取 5% 左右之受補助者進行電話調查，以瞭解本案成效暨牙醫診所之服務及假牙實施品質，作為未來修正補助方案之依據。

十二、預期效益：

預計將可使本市 65 歲以上經濟弱勢老人獲得牙齒醫療保健照顧，保障老人健康權益，增進老人福利。

十三、經費概算：實際以執行補助經費為準。

次序	補助態樣	最高補助金額	預估受益 人次	預估給付金額	備註
1	上下顎全口活動假牙。	44,000	183	8,052,000	
2	上顎全口活動假牙。	22,000	144	3,168,000	
3	下顎全口活動假牙。	22,000	144	3,168,000	
4	上顎全口活動假牙，併下 顎部分活動假牙。	39,000	21	819,000	
5	下顎全口活動假牙，併上 顎部分活動假牙。	39,000	22	858,000	
6	上、下顎部分活動假牙。	33,000	15	495,000	
7	上顎部分活動假牙。	17,000	15	255,000	
8	下顎部分活動假牙。	17,000	16	272,000	
9	假牙破裂維修費／單顎	1,100	8	8,800	假牙維修
10	假牙添加費／單顆	1,100	6	6,600	假牙維修
11	假牙線勾／個	1,100	5	5,500	假牙維修
12	假牙硬式襯底／座	3,300	7	23,100	假牙維修
		總計	586	17,131,000	以上均可勻支

註：衛生福利部社會及家庭署補助新臺幣 890 萬 8,000 元，本局自籌新臺幣 822 萬 3,000 元(自籌 48%)，總計 1,713 萬 1,000 元。

十四、本計畫奉核後實施，修正時亦同。

診 治 計 畫 書

總 編 號			

診所名稱：_____ 診所代碼：_____ 電話：_____ 傳真：_____

診所地址：台南市_____

就診者身分證正反面影本					
正面			反面		
診 治 計 畫 內 容					
診 治 項 目	<input type="checkbox"/> 上下顎全口活動假牙 <input type="checkbox"/> 上顎全口活動假牙， 併下顎部分活動假牙 <input type="checkbox"/> 下顎全口活動假牙， 併上顎部分活動假牙 <input type="checkbox"/> 上顎全口活動假牙 <input type="checkbox"/> 下顎全口活動假牙	<input type="checkbox"/> 上、下顎部份活動假牙 <input type="checkbox"/> 上顎部份活動假牙 <input type="checkbox"/> 下顎部份活動假牙 <input type="checkbox"/> 假牙破裂維修費_____顎 <input type="checkbox"/> 假牙添加費_____顆 <input type="checkbox"/> 假牙線勾_____個 <input type="checkbox"/> 假牙硬式襯底_____座	繪 圖		
預計診治步驟詳細說明					
預定完成日		年 月 日			
假牙經費					
診治醫師 簽章					
牙 醫 公 會 初 審 意 見	<input type="checkbox"/> 符合補助：補助金額：_____ 元 補助項目： <input type="checkbox"/> 不符合補助：原因：_____	理 事 長 核 章		公 會 核 章	
社 會 局 審 核 意 見	<input type="checkbox"/> 符合補助：補助金額：_____ 元 補助項目： <input type="checkbox"/> 不符合補助：原因：_____	承 辦 人		主 管	

臺南市政府社會局中低收入老人假牙補助照片黏貼表

姓名：

診治診所：

裝置假牙

裝置假牙

領款收據

本診所裝置 _____ 等人假牙案(假牙修繕案)，已依診治計畫書
辦理完成，其診治費用共計 _____ (請寫國字大寫)元整，
屬實無訛。

此 致

臺南市政府社會局

診所名稱：

(用印)

負責人：

(蓋章)

地址：

統一編號：

電話：

金融機構名稱(含代碼)：

帳戶(診所名稱之帳戶)：

帳號：

中華民國

年

月

日

臺南市政府社會局中低收入老人裝置假牙請領清冊(年 月)

編號	姓名	出生日期	身分證字號	電話	住址	身份類別	診治項目	核定經費	就診者簽章	核定日期及文號
元										
合計										

診所名稱：

(請加蓋圖記)

