

258

副本

發文方式：郵寄

檔 號：

保存年限：

臺南市政府 函

地址：73001臺南市新營區府西路36號
 承辦人：徐朝晃
 電話：06-2991111#6542
 傳真：6370064
 電子信箱：henry711109@mail.tainan.gov.tw

臺南市林森路1段132號15樓之6

受文者：社團法人台南市牙醫師公會

發文日期：中華民國104年3月31日

發文字號：府社老字第1040322967B號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：請領清冊、領款收據及照片黏貼表格各1份

主旨：臺端申請本市低收入戶老人及中低收入老人補助裝置假牙案，
 經核符合補助標準，請持本核定函至原受檢診所裝置假牙，
 請查照。

說明：

- 一、依據社團法人台南市牙醫師公會104年3月24日南市牙醫光字第0058號函、臺端申請表及特約牙醫診所診治計畫書辦理。
- 二、依牙醫師公會初審結果，臺端口腔狀況符合計畫補助之假牙維修—添加義齒1顆，最高補助新臺幣1,000元整。
- 三、請持本函至就診醫療院所開始裝置假牙。
- 四、本案副知蔡牙醫診所開始裝置假牙。

- (一)請於假牙裝置完成後2週內，檢送本函影本、照片(裝置假牙後之正面全臉露齒照片)、收據(加蓋印信，註明統一編號、住址及電話)、銀行存摺影本(匯款用)，以掛號郵寄(或逕送)至本局請款，以上檢附資料若為影本請加註與「正本相符」及加蓋私章。
- (二)裝置假牙服務內容包含假牙製作、裝戴及裝戴後至少1年調整服務，以保障服務品質。
- (三)除傷病、死亡等因素，致無法繼續完成裝置活動假牙者，其假牙製作材料費用自行負擔。

104/4.8		收文
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
存查	轉知	擬辦
理事長 陳亮光 4/9		簽名

(四)相關表單格式隨文檢附，亦可至臺南市政府社會局全球資訊網—老人福利—健康維護—低收入戶及中低收入老人補助裝置假牙下載。

正本：賴佐木 君(不含附件)

副本：社團法人台南市牙醫師公會(不含附件)、蔡牙醫診所(含附件)、臺南市政府社會局

市長賴清德

本案依分層負責規定授權科長決行