

正本

檔 號：  
保存年限：

收文日期	113. 1. 30
編 號	3140

## 新北市政府原住民族行政局 函

地址：220242新北市板橋區中山路1段161號26樓  
(西側)

承辦人：黃稚馨

電話：(02)29603456 分機3970

傳真：(02)29601121

電子信箱：AA3988@ms.ntpc.gov.tw

22069

新北市板橋區三民路2段37號11樓

受文者：社團法人新北市牙醫師公會

發文日期：中華民國113年1月29日

發文字號：新北原社字第1130175941號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨

主旨：檢送「新北市政府原住民族行政局113年度補助原住民族長者裝置假牙執行計畫」及申請流程、術前申請、術後請款、補助對照表等相關表件各1份，詳如說明，請查照。

說明：

一、為恢復原住民長者牙齒咀嚼功能，減輕原住民長者經濟負擔，進而改善原住民長者生活，爰訂定旨揭執行計畫。

二、旨揭執行計畫重點簡述如下：

(一)補助對象：設籍本市及年滿55歲以上，符合低收入戶、中低收入戶或一般戶資格身分且經牙醫師評估有裝置假牙需求之原住民長者皆可申請。

(二)補助額度：一般戶最高補助新臺幣(以下同)3萬6,000元；低收入戶或中低收入戶最高補助4萬4,000元。

(三)申請期程：即日起至113年12月31日止。

(四)申請方式：以紙本提交申請表件或上新北市政府雲端櫃檯(<https://service.ntpc.gov.tw/eservice>)系統上傳之。

(五)另本(113)年度新增申請表內委由機關查詢財稅資料之意願，以利協助申請人是否符合家庭總收入按全家人口平均分配，每人每月未超過本市最低生活費2倍者，如否則協助轉為一般戶補助。

三、請各區公所及牙科醫療院所協助轄內原住民長者填寫申請表及診治計畫書等相關表件，並將申請相關資料郵寄或交由申請人親送至本局辦理資格審查及專業審查。

四、申請案俟本局審定後，本局將函知申請人及收受申請案件之牙科醫療院所，於文到3個月內辦理假牙之施作及裝置作業，完成後再將全案相關資料親送或郵寄至本局辦理撥款作業，施作總金額如超出補助費用，由民眾自行負擔。

五、請新北市牙醫師公會轉知各牙醫院（診）所資訊如下：

(一)為鼓勵各牙科院（診）所協助推動旨揭計畫，依旨揭計畫資訊系統需要，提供手寫板予使用系統線上申請之牙科院（診）所，並補貼牙科（診）院所使用系統所生各項成本，每案件補貼100元整，如有意願配合，請逕洽本局承辦人。

(二)旨揭計畫之撥款方式，於申請人裝設假牙後其診治費用請牙科醫療院所先扣除本局所核定之補助費用，事後再由本局將核定費用逕匯至牙科醫療院所出具之領據或印領清冊所填寫之金融帳戶。

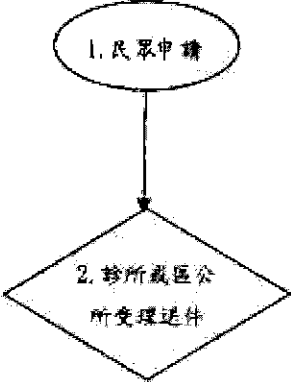
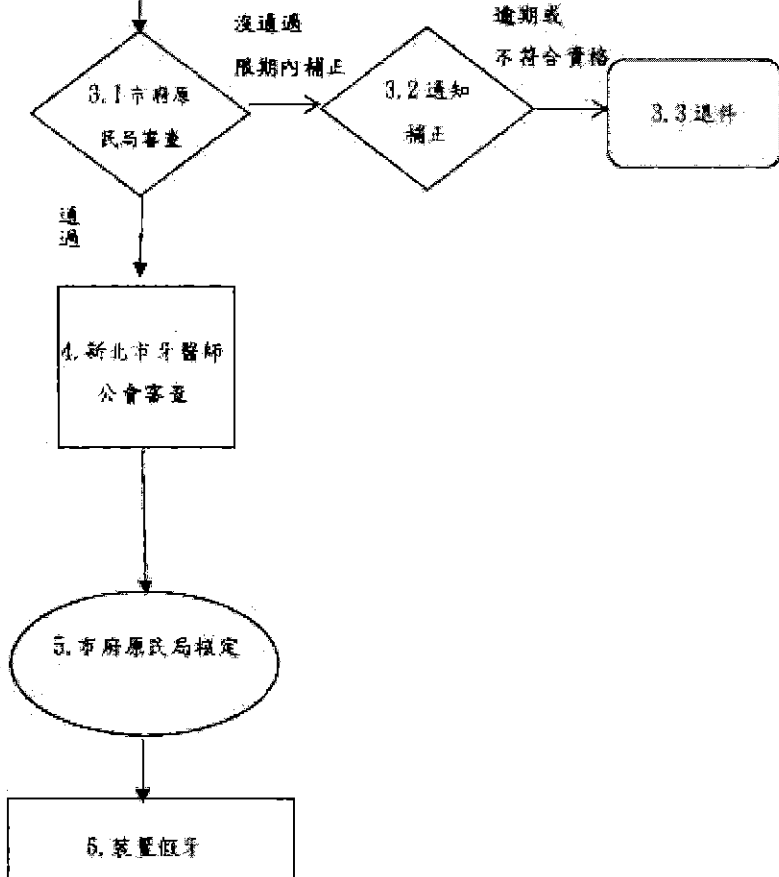
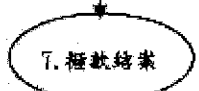
六、如有任何疑問，請來電洽詢承辦人黃小姐，電話：02-29603456轉分機3970。

正本：社團法人新北市牙醫師公會、新北市各區公所  
副本：

局長 林 瑋 茜  
S i k u Y a w a y

附表 5

辦理原住民族長者補助裝置假牙標準作業流程圖

作業階段	作業流程	作業期限/ 權責機關
申請階段		1. 申請人辦理事項  2. 7天/牙科醫療院所或區公所(
審查核定階段		3. 1-5 14天/原民局(含新北市牙醫師公會審查7天)  6. 3個月內/申請人與牙科醫療院所
撥款		7. 10天/原民局

附表 1

**原住民族委員會補助原住民族長者裝置假牙申請表**  
**新北市政府原住民族行政局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：				
	補助經費	原住民族委員會	新北市政府原住民族行政局			
身分別	<input type="checkbox"/> 一般戶	<input type="checkbox"/> 低收入戶	<input type="checkbox"/> 中低收入戶	<input type="checkbox"/> 未超過最低生活費 2 倍者		

本人\_\_\_\_\_，同意基於申辦需要，由業務受理單位查調全戶戶籍及財稅資料，以確認是否符合家庭總收入按全家人口平均分配，每人每月未超過本市最低生活費 2 倍者，如否則協助轉為一般戶補助，業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。

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 新北市政府原住民族行政局

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)

新北市政府原住民族行政局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	
	補助態樣	預估單價(補助金額)
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	
	<input type="checkbox"/> 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、下顎部分活動假牙	
	<input type="checkbox"/> 上顎部分活動假牙	
	<input type="checkbox"/> 下顎部分活動假牙	
	<input type="checkbox"/> 固定式假牙(指牙冠或牙橋) _____ 顆(至多 10 顆)	
	活動假牙維修費	<input type="checkbox"/> 假牙破裂維修費/單顎
<input type="checkbox"/> 假牙添加費/單顆		
<input type="checkbox"/> 假牙線勾/個		
<input type="checkbox"/> 假牙硬式襯底/座		
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)

負責醫師 診師章 負治簽		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		

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)

新北市政府原住民族行政局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

茲收到新北市政府原住民族行政局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/單顎
  - 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

新北市政府原住民族行政局

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  
 新北市政府原住民族行政局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：

## 切結書

本人\_\_\_\_\_申請「辦理原住民族長者補助裝置假牙計畫」，經新北市政府原住民族行政局\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日新北原社字第\_\_\_\_\_號函，經核定補助新臺幣\_\_\_\_\_萬\_\_\_\_\_仟\_\_\_\_\_佰\_\_\_\_\_拾\_\_\_\_\_元整，本人因無力繳付該假牙裝置費用，同意將新北市政府原住民族行政局補助費用直接撥付\_\_\_\_\_，特此切結。

此 致

新北市政府原住民族行政局

具切結書人(簽章)：

身分證字號：

戶籍地址：

現居地址：

聯絡電話：

中華民國            年            月            日

## 原住民族委員會補助新北市政府原住民族行政局

## 113 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。

## 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、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

## 五、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

## 六、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

## 七、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

## 八、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

## 九、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？

十、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）

十一、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

十二、建議事項：

**原住民族委員會暨新北市政府原住民族行政局**  
**辦理原住民長者補助裝置假牙補助項目及標準表**

項目	原民會	新北市政府原民局
補助類別	設籍本市年滿 55 歲以上之原住民，經醫師評估缺牙需裝置假牙者。	設籍本市且年滿 55 歲以上之低收、中低收入戶原住民。
申請方式	檢具申請表(附件二)、診治計畫書(一)(附件三)，並持健保卡逕至健保特約牙科醫院(診所)或區公所申請。	檢具申請表(附件二)、診治計畫書(一)(附件三)、低收、中低收入戶證明證明持健保卡逕至健保特約牙科醫院(診所)或區公所申請。
1. 上、下顎全口活動假牙。	3 萬 6,000 元整	4 萬 4,000 元整
2. 上顎全口活動假牙。	1 萬 8,000 元整	2 萬 2,000 元整
3. 下顎全口活動假牙。	1 萬 8,000 元整	2 萬 2,000 元整
4. 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙。	3 萬 1,000 元整	3 萬 9,000 元整
5. 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙。	3 萬 1,000 元整	3 萬 9,000 元整
6. 上、下顎部分活動假牙	2 萬 6,000 元整	3 萬 3,000 元整
7. 上顎部分活動假牙。	1 萬 3,000 元整	1 萬 7,000 元整
8. 下顎部分活動假牙。	1 萬 3,000 元整	1 萬 7,000 元整
9. 固定式假牙(指牙冠或牙橋)	單顆 3,600 元 最多補助 10 顆	單顆 6,000 元 最多補助 3 顆
10. 活動假牙維修費	3,600 元整	6,600 元整