

附表3-1 - 經濟弱勢戶

臺中市政府原住民族事務委員會補助原住民族長者裝置假牙實施計畫 診治計畫書(一)

醫療院所代碼：_____ 醫療院所名稱：_____

醫療院所地址：_____

患者姓名: _____ 身分證字號: _____

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 <input type="checkbox"/> 實支實付			
診治項目	補助態樣		預估單價(補助金額)	
	<input type="checkbox"/> 上、下顎全口活動假牙(上限4萬4,000元)			
	<input type="checkbox"/> 上顎全口活動假牙(上限2萬2,000元)			
	<input type="checkbox"/> 下顎全口活動假牙(上限2萬2,000元)			
	<input type="checkbox"/> 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙(上限4萬4,000元)			
	<input type="checkbox"/> 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙(上限4萬4,000元)			
	<input type="checkbox"/> 上、下顎部分活動假牙(上限4萬4,000元)			
	<input type="checkbox"/> 上顎部分活動假牙(上限2萬2,000元)			
	<input type="checkbox"/> 下顎部分活動假牙(上限2萬2,000元)			
	<input type="checkbox"/> 固定式假牙(指牙冠或牙橋) 餅(至多10顆)。(1顆4,400元)			
活動假牙維修費	<input type="checkbox"/> 假牙破裂維修費/單顆(上限1,100元)			
	<input type="checkbox"/> 假牙添加費/單顆(上限1,100元)			
	<input type="checkbox"/> 假牙線勾/個(上限1,100元)			
	<input type="checkbox"/> 假牙硬式襯底/座(上限3,500元)			
	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)	
1	<input type="checkbox"/> 初次印模			
2	<input type="checkbox"/> 製作個人牙托			
3	<input type="checkbox"/> 二次印模			
4	<input type="checkbox"/> 製作金屬鋼架			
5	<input type="checkbox"/> 試戴金屬鋼架及決定垂直高度			
6	<input type="checkbox"/> 材質 <input type="checkbox"/> 彈性床 <input type="checkbox"/> 樹脂床(需含金屬網架) <input type="checkbox"/> 其他			
7	<input type="checkbox"/> 固定式牙齒(請申請院所明確標示位置)			
8	<input type="checkbox"/> 試戴排牙			
9	<input type="checkbox"/> 其他：(請自己敘明)			
估價： 上顎：_____。 下顎：_____。				

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

3、取模後上、下顎石膏正面照片1張

4、固定的牙冠或牙橋須檢附，口腔掃描檔案或 prepare 修型後的石膏模(擇一)

患者口內上、下顎照片各1張

咬合面照或環口 X 光片1張

取模後上、下顎石膏正面照片1張

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)
臺中市政 府原住民 族事務委 員會 審核	<input type="checkbox"/> 通過。 核復公文 年 月 日 中市原文字第 號函 <hr/> <input type="checkbox"/> 退件 (原因 :) 核復公文 年 月 日 中市原文字第 號函	臺中市政府原住民 族事務委員會 核章	

注意事項：

- 一、本案申請時，請55歲以上原住民長者檢具「本人、配偶、同一戶籍二等親」當年度最新財產清單及綜合所得稅清單，掛號、郵寄或親送至本會做資格審核。
- 二、牙科醫院(診所)應檢具本診治計畫書(一)、切結書、術前照、病歷、石膏模型及本會初審核定函，掛、郵寄至所屬地方牙醫師公會審查。
- 三、申請案專業部分經地方公會審核通過，並由本會複審後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。
- 四、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。
- 五、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本會調處。
- 六、服務對象如遇傷病、死亡等因素，致無法繼續完成裝置假牙，臺中市政府原住民族事務委員會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%

- 七、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。
- 八、有關假牙裝置費用，請依臺中市政府衛生局核定牙醫醫療機構收費標準表辦理。
- 九、醫療費用領據(印領清冊)需附千分之四印花稅。

身分證正面	身分證反面

請確認資料正確後寄送牙醫師公會以利後續審查作業	
<input type="checkbox"/>	診治計畫書
<input type="checkbox"/>	術前照
<input type="checkbox"/>	病歷
<input type="checkbox"/>	身分證正反面影本
<input type="checkbox"/>	原民會初審通過公文
<input type="checkbox"/>	石膏模型

切結書

具切結書人_____ (簽章)為申請「臺中市政府原住民族事務委員會辦理原住民族長者裝置假牙實施計畫」，同意經_____醫療院所施做裝置假牙，依計畫規定，製作假牙費用若超過本計畫各類補助態樣最高上限補助金額者，得由民眾自行負擔，經醫療院所診治尚需自行負擔金額為新臺幣_____元整，具切結書人同意負擔此費用，特立此切結書為憑。

此致

臺中市政府原住民族事務委員會

具 結 人：

簽名（蓋章或捺指印）

身分證字號：

戶籍地址：

通訊地址：

連絡電話：

中 華 民 國 1 1 5 年 月 日