

## 領據

茲收到臺中市政府原住民族事務委員會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/單顆
    - 假牙線(環)勾/個
    - 假牙添加費/單顆
    - 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

臺中市政府原住民族事務委員會

院所名稱：

( 答 章 )

## 自青人：

( 答 章 )

院所統一編號：

地址：

## 電話：

## 匯款銀行：

## 匯款帳戶：

匯款帳號：

\*請各醫療院所依據背面注意事項檢附請款核銷資料，如有疑問請來電本會洽詢。

中華民國一九年

月 田

## 領據填寫注意事項

- 一、 請各醫療院所注意，請款核銷之醫療院所需檢附院所開立製作假牙醫療費用收據(需附千分之四印花稅、蓋醫療院所及醫師章)。
- 二、 匯款帳號(須與診所名稱相同之帳戶)影本請於背面黏貼。
- 三、 院所開立收據日期不得於本會同意支付核定函發文日前。
- 四、 本會領據裝置假牙費用請填大寫國字，如有塗改請於塗改處請蓋章。

存 摺 影 本 黏 貼 處

院所簡易收據請浮貼(千分之四印花稅請黏貼至收據背面)

附表4

臺中市政府原住民族事務委員會辦理補助原住民族長者裝置假牙實施計畫診治  
計畫書(二)

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：\_\_\_\_\_

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、活動式假牙成品照可清楚牙齒顆數

(完成裝置日期不得於核定函發文日前)

上顎正面照片各1張

請於照片上顯示完成日

(完成裝置日期不得於核定函發文日前)

下顎正面照片各1張

請於照片上顯示完成日

(可採數位照片或列印，清楚明確可辨認)

(完成裝置日期不得於核定函發文日前)

正常咬合正面照片1張

請於照片上顯示完成日

(完成裝置日期不得於核定函發文日前)

活動式假牙成牙齒顆數

請於照片上顯示完成日

(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	請於照片上顯示完成日		
醫療院所 申請補助金額	新台幣	元	臺中市政府原住民族事務委員會 核定文號 核復公文 年 月 日 中市原文字 號函

附表5-2 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：

## 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。

臺中市政府原住民族事務委員會關心您  
聯絡電話：04-2228-9111  
分機50039 陳小姐

### 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（地方政府初審通過文號）

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、問您的裝置假牙還在使用中嗎？

有

沒有

### 五、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

六、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

七、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

八、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？

九、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、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

十一、建議事項：

---

---

---

---