



計畫名稱：高雄市政府原住民事務委員會

110 年度補助原住民族長者裝置假牙實施計畫

申請單位：高雄市政府原住民事務委員會

執行期間：110 年 1 月 1 日至 110 年 12 月 31 日

中華民國 110 年 1 月 15 日

壹、計畫依據：

原住民族委員會 110 年 1 月 12 日原民社字 1090025475 號函核定「109 年度補助原住民族長者裝置」。

貳、計畫目的：

- 一、增進原住民族長者口腔功能健康，提升口腔保健觀念，維持其基本生活品質與尊嚴。
- 二、減輕原住民族長者裝置假牙醫療費用負擔，以保障其獲得適切的服務及生活照顧，促進健康福祉。

參、辦理單位：

- 一、補助機關：原住民族委員會
- 二、辦理機關：高雄市政府原住民事務委員會(以下簡稱本會)。
- 三、協辦單位：高雄市牙醫公會、各衛生所、區公所及本市境內全民健康保險特約之公私立醫院牙科(診所)。

肆、實施期程：自 110 年 1 月 25 日起至 110 年 12 月 31 日止。

伍、實施地區：高雄市

陸、原住民族長者需求情形

本市109年12月總人口共計35,417人(男16,636人、女18,781人)，其中符合55歲以上老人共計有5,790人(男2,094人、女3,696人)，若採〔設籍人數-中低收入戶人數(7.29%)〕X無牙率(6.4%)X預估申請人數2.5成X每人最高補助3萬元，本市目前預估約有86人需假牙裝置補助。

柒、辦理方式

一、服務對象資格、申請程序、補助態樣及基準：

(一) 服務對象為年滿55歲以上原住民，資格限制如下：

- 1、年滿55歲以上原住民，經醫師評估缺牙需裝置假牙，且未符合衛生福利部「中低收入老人補助裝置假牙實施計畫」服務對象，或未申請其他政府機關所辦假牙補助者。

- 2、服務對象110年度同一類已取得相同補助項目者，或其他政府機關所辦假牙計畫之補助者，不得提出申請。

(二) 申請程序：

1、紙本申請：

- (1)提出申請：設籍本市申請補助裝置假牙者，應攜帶健保卡逕向全國健保特約牙科醫院(診所)
- (2)口腔檢查：由健保特約牙科醫院(診所)提供口腔檢查服務及鼓勵口腔篩檢，並協助申請者填具申請書【附表1】後，連同診治計畫書(一)【附表2】於7日內送申請者之本會審查。
- (3)審查作業：由本會辦理申請者資格審查作業，至涉及醫療專業部分須由高雄牙醫師公會轉請指派具合格牙醫師證書者辦理。另健保特約牙科醫院(診所)送件後至通知審核結果之期間，不得超過工作天21日。
- (4)裝置或維修假牙：經審核通過後，本會將發核定函予申請者及提供口腔檢查服務之健保特約牙科醫院(診所)，始得製作或維修假牙。
- (5)補助請款：由健保特約牙科醫院(診所)於審核系統填妥診治計畫書(二)【附表3】及領據或印領清冊【附表4-1、附表4-2】向本會申領款項。

2、線上申請：

- (1)提出申請：設籍本市申請補助裝置假牙者，應攜帶健保卡逕向全國健保特約牙科醫院(診所)提出申請。
- (2)口腔檢查：由健保特約牙科醫院(診所)提供口腔檢查服務及鼓勵口腔篩檢，於本會補助原住民族長者裝置假牙審核系統(下稱審核系統)輸入資料後成案，並於3日內線上申請。
- (3)審查作業：由本會於審核系統辦理申請者資格審查作業，至涉及醫療專業部分須由高雄牙醫師公會轉請指派具合格牙醫師證書者於審核系統辦理，審查日期不得超過工作天10日。

(4)裝置或維修假牙：經審核通過後，審核系統將發簡訊通知申請者及提供口腔檢查服務之健保特約牙科醫院(診所)，本會將發核定函予申請者及提供口腔檢查服務之健保特約牙科醫院(診所)，始得製作或維修假牙。

(5)補助請款：由健保特約牙科醫院(診所)檢具診治計畫書(二)【附表3】及領據或印領清冊【附表4-1、附表4-2】向戶籍地直轄市及縣(市)政府申領款項。

(三)申請流程圖：請參閱【附表5】。

(四)補助態樣及裝置假牙類別：

- 1、上、下顎全口活動假牙。
- 2、上顎全口活動假牙。
- 3、下顎全口活動假牙。
- 4、上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙。
- 5、下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙。
- 6、上、下顎部分活動假牙。
- 7、上顎部分活動假牙。
- 8、下顎部分活動假牙。
- 9、固定式假牙(指牙冠或牙橋)。

(五)補助基準：如【附表6】、【附表7】；製作假牙費用若超過本計畫各類補助態樣最高補助金額，得由民眾自行負擔。

(六)服務提供單位：口腔篩檢及裝置假牙服務，由本會結合具有合格牙醫師證書、開業執照及執業執照，且為全民健康保險特約之公私立醫療院所。

(七)審核機制：

- 1、資格審查：由本會進行服務對象資格、重複補助情形(如110年度內是否已申請其他機關之假牙計畫補助)。
- 2、專業審查：由高雄牙醫師公會轉請指派具合格牙醫師證書者辦理補助項目審定、服務提供單位估價合理性及其他必要文件

等。

捌、服務品質監督及調處機制

一、為審查服務對象及補助項目合理性，建立審核機制：

(一) 審核權責分工：

- 1、資格審查：由本會進行服務對象資格、重複補助情形(如 109 年度內是否已申請其他機關之假牙計畫補助)；另服務對象第二類本會依所提送之相關文件，逕予審查，免送地方牙醫師公會辦理專業審查。
- 2、專業審查：由本市牙醫師公會轉請指派具合格牙醫師證書者辦理補助項目審定、服務提供單位估價合理性及其他必要文件等。

(二) 審核注意事項：

- 1、本會支付牙醫師公會指派之專業牙醫師審核費用，另交通費請依實際情形檢據核銷。
- 2、審核人員應本於專業及良知，公正執行職務，不為及不受任何請託或關說。

二、「服務提供單位」提供口腔檢查及裝置或維修假牙服務：

- (一)「服務提供單位」：指具有合格牙醫師證書、開業執照及執業執照，且為保特約牙科醫院(診所)。
- (二)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；服務對象第二類不包含此項服務。
- (三)服務對象如遇傷病、死亡等因素，致無法繼續完成裝置假牙，本會得請牙科醫院(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%

三、 成立調處機制：

- (一) 成立調處小組：由本會召集地方牙醫師公會及法律專業人才成立爭議調處小組，處理爭議情事。
- (二) 調處內容：服務對象第一類與健保特約牙科醫院(診所)有關假牙製作或醫療等爭議事件時之案件處理。
- (三) 申請方式：遇有申請或裝置假牙爭議事件，服務對象第一類與健保特約牙科醫院(診所)雙方應檢具相關書面事證送本會調處，必要時調處小組得請雙方出席說明。倘服務對象第一類與健保特約牙科醫院(診所)非位本市時，得由本會協調當事人居住地之地方政府與牙醫師公會代為調處。

玖、 預期效益

- 一、 量化效益：補助 55 歲以上原住民族長者裝置假牙，受益人數約 86 人
- 二、 質化效益：
 - (一) 協助本市原住民族長者口腔衛生保健，恢復牙齒咀嚼功能，攝取足夠營養，增進免疫力。
 - (二) 減少醫療費支出，提升長者生心理健康，強化社會參與，提升生活品質。

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

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：				

本人_____茲申請「補助原住民族長者裝置假牙實施計畫」，已充分了解並符合本計畫申請補助對象資格規定，且於 110 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 高雄市政府原住民事務委員會

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)

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
診治項目	補助態樣
	<input type="checkbox"/> 上、下顎全口活動假牙 預估單價(補助金額) (上限 3 萬元)
	<input type="checkbox"/> 上顎全口活動假牙 (上限 1 萬 5,000 元)
	<input type="checkbox"/> 下顎全口活動假牙 (上限 1 萬 5,000 元)
	<input type="checkbox"/> 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙 (上限 2 萬 5,000 元)
	<input type="checkbox"/> 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙 (上限 2 萬 5,000 元)
	<input type="checkbox"/> 上、下顎部分活動假牙 (上限 2 萬元)
	<input type="checkbox"/> 上顎部分活動假牙 (上限 1 萬元)
	<input type="checkbox"/> 下顎部分活動假牙 (上限 1 萬元)
	<input type="checkbox"/> 固定式假牙(指牙冠或牙橋) _____ 顆(至多 10 顆) (1 顆 3,000 元)
	活動假牙維修費
	<input type="checkbox"/> 假牙破裂維修費/單顆 (上限 500 元)
	<input type="checkbox"/> 假牙添加費/單顆 (上限 500 元)
	<input type="checkbox"/> 假牙線勾/個 (上限 500 元)
<input type="checkbox"/> 假牙硬式襯底/座 (上限 1,500 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)
	

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)	
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			

注意事項：

- 一、受理申請案時，應檢具本診治計畫書(一)及申請書以線上系統、掛號郵寄或親送至戶籍地直轄市及縣(市)政府申請。
- 二、申請案審核通過後，由戶籍地直轄市及縣(市)政府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。
- 三、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。
- 四、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直轄市及縣(市)政府調處。
- 五、服務對象如遇傷病、死亡等因素，致無法繼續完成裝置假牙，戶籍地直轄市及縣(市)政府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%

- 六、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，**得由民眾自行負擔或直轄市及縣(市)政府酌予補助。
- 七、**有關假牙裝置費用，請依所轄直轄市及縣(市)衛生局核定牙醫醫療機構收費標準表辦理。**
- 八、**醫療費用領據(印領清冊)需附千分之四印花稅。**

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)

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 核復公文 年 月 日○○○字第 文 號	號函

領 據

茲收到高雄市政府原住民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/單顎 假牙添加費/單顆
 - 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

高雄市政府原住民事務委員會

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 110 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

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：

附表 5

原住民族長者裝置假牙申請流程

權責單位	作業流程	作業期限
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 服務對象第一類請攜帶健保卡 前往全民健康保險特約牙科醫 院(診所)申請 </div>	紙 本 作 業 線 上 作 業
牙科醫院(診所)	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 牙科醫院(診所)檢具以下資料送申請者戶籍地之直轄市及縣(市)政府審查： 1. 申請書 2. 診治計畫書(一) </div>	7 天內送件
地方政府 牙醫師公會	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 審查作業 直轄市及縣(市)政府 辦理資格審查； 地方牙醫師公會 辦理專業審查 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">發文退件</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">通知補正</div> </div> <p style="text-align: center;">不符合 → 須補正 → 符合</p>	審查作業不得超過 21 10 個 工 作 日
地方政府	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 由直轄市及縣(市)政府函知 申請者及牙科醫院(診所)開 始裝置或維修假牙 </div>	
牙科醫院(診所)	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 完成後，牙科醫院(診所)檢具以下事項向直轄市及縣(市)政府請款： 1. 領款收據或印領清冊 2. 診治計畫書(二) </div>	完成裝置 或維修假 牙次日起 14 日內
地方政府	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 直轄市及縣(市)政府撥款予 牙科醫院(診所)。 </div>	20 15 日

附表 6

補助基準一

補助 項目	補助態樣	每年最高補助 金額
1	上、下顎全口活動假牙	3 萬元
2	上顎全口活動假牙	1 萬 5,000 元
3	下顎全口活動假牙	1 萬 5,000 元
4	上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙	2 萬 5,000 元
5	下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙	2 萬 5,000 元
6	上、下顎部分活動假牙	2 萬元
7	上顎部分活動假牙	1 萬元
8	下顎部分活動假牙	1 萬元
9	固定式假牙(指牙冠或牙橋，至多 10 顆)	3,000 元/顆， 最高補助 3 萬元
10	活動假牙維修費(如附表 10-補助基準二)	3,000 元

備註：

每名服務對象每年最高補助金額為 3 萬元。舉例：核定補助上顎全口假牙計 1 萬 5,000 元，固定式假牙至多僅能補助 5 顆計 1 萬 5,000 元。

附表 7

補助基準二

補助項目	補助態樣	補助金額	每年最高補助 金額/新臺幣
1	假牙破裂維修費/單顎	500 元	3,000 元
2	假牙添加費/單顎	500 元	
3	假牙線勾/個	500 元	
4	假牙硬式襯底/座	1,500 元	

