

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

壹、緣起與目的：

原住民族因飲食文化特性，至老年時期發生嚴重落牙、口腔疾病，或導致口腔問題層出不窮，因臉部或口腔美觀程度，影響人際互動，齒列長期不整或缺牙，影響咀嚼功能，造成老年健康照護問題，透過「原住民族委員會」和「新北市政府原民局」之補助裝置假牙計畫，減輕原住民族長者經濟負擔，並回復正常人際互動關係，進而改善原住民族長者生活品質。

貳、補助機關：原住民族委員會(以下簡稱原民會)、新北市政府。

主辦機關：新北市政府原住民族行政局(以下簡稱本局)。

協辦單位：社團法人新北市牙醫師公會(以下簡稱牙醫師公會)、本市區公所及本市境內全民健康保險特約之公私立醫院牙科醫院(診所)。

參、實施地區：新北市全區。

肆、實施期程：113 年 1 月 1 日至 113 年 12 月 31 日。

伍、申請資格條件及最高補助金額：

一、申請本局補助者，最高補助 4 萬 4,000 元

(一)設籍新北市(以下簡稱本市)且年滿 55 歲以上之原住民族長者，經醫師評估缺牙需裝置假牙者，且具有本市低收入戶、中低收入戶、或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當年度最低生活費標準二倍者。

(二)前項所稱家庭總收入計算基準，比照社會救助法及其施行細則辦理；所稱全家人口計算範圍為申請人、配偶、戶籍內直系血親、同一戶籍共同生活之兄弟姐妹及認列綜合所得稅扶養親屬免稅額之納稅義務人。

(三)113 年度同一類「未」取得相同補助項目者及「未」申請其他政府機關所辦假牙計畫補助者。

二、申請原民會補助者，最高補助 3 萬 6,000 元

(一)設籍本市年滿 55 歲以上之原住民族長者，福利資格身分為一般戶，經醫師評估缺牙需裝置假牙者，且未符合衛生福利部「低收、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。

(二)113 年度同一類「未」取得相同補助項目者及「未」申請其他政府機關所辦假牙計畫補助者。

陸、申請程序：

一、紙本申請

- (一)提出申請：設籍本市申請補助裝置假牙者，應攜帶健保卡逕向健保特約牙科醫院(診所)申請表單或向區公所申請表單。
- (二)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表【附表 1】後，連同診治計畫書(一)【附表 2】於 7 日內送申請之本局審查。
- (三)審查作業：由本局辦理申請者資格審查作業，至涉及醫療專業部分須由社團法人新北市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。
- (四)裝置或維修假牙：經審核通過後，本局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。
- (五)補助請款：請健保特約牙科醫院(診所)或區公所協助申請者檢送診治計畫書(二)【附表 3】及領據或印領清冊【附表 4-1、附表 4-2】，並填寫切結書【附表 7】、滿意度調查問卷【附表 8】向本局申領款項。

二、線上申請

- (一)提出申請：設籍本市申請補助裝置假牙者，應攜帶健保卡逕向健保特約牙科醫院(診所)提出申請。
- (二)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。申請原民會補助，請健保特約牙科醫院(診所)至「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，網址為 <https://cipdenture.cip.gov.tw/>。申請原民局補助，請申請者至「新北市政府雲端櫃檯(下稱雲端櫃檯)」線上申請，網址為 <https://service.ntpc.gov.tw/eservice/Index.action>。
- (三)審查作業：由本局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社團法人新北市牙醫師公會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。

(四)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)，本局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。

(五)補助請款：

1、申請原民會補助，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】向本局申領款項。

2、申請本局補助，由申請者於「雲端櫃檯」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】向本局申領款項。

柒、申請流程圖：請參閱【附表 5】。

捌、補助項目及費用：亦可參閱【附表 6】。

項目	原住民族委員會	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。	1. 設籍本市且年滿 55 歲以上之低收、中低收入戶原住民。 2. 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當年度最低生活費標準 2 倍者。
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	6,600 元

玖、其他應注意事項：

- 一、 實際執行事項之受理申請方式、審核機制或流程及服務提供等事項，請依上開申請程序及流程圖之便民方式辦理。
- 二、 為鼓勵各牙科醫院診所能協助推動本計畫，直轄市及縣市政府得視牙科醫院診所送件實際情形。
- 三、 原民會為鼓勵各牙科醫院診所能協助推動本計畫，依本計畫資訊系統需要，將提供手寫板予使用系統線上申請之牙科醫療院所，並補貼牙科醫療院所為使用系統所生各項成本，以系統線上申請及審核假牙補助案件，並結案完成撥款者，每案件補貼新臺幣 100 元整。
- 四、 直轄市及縣（市）政府應於各項宣導資料或宣導品上標示「原住民族委員會補助」及「公益彩券統一識別標誌」等字圖樣。
- 五、 辦理審核檢查服務相關人員有下列各款情形之一者，應自行迴避：
 - (一) 本人或其配偶、前配偶、四親等內之血親或三親等內之姻親或曾有此關係者為事件之當事人時。
 - (二) 本人或其配偶、前配偶，就該事件與當事人有共同權利人或共同義務人之關係者。
 - (三) 現為或曾為該事件當事人之代理人、輔佐人者。
 - (四) 於該事件，曾為證人、鑑定人者。
 - (五) 服務對象有填報不實、隱匿事實、溢領補助或違反相關法令情事者，其所領取之補助，由直轄市及縣（市）政府以書面命本人或其法定繼承人於 30 日內返還；屆期未返還者，依法移送強制執行，涉及刑責者移送司法機關辦理。
- 六、 申請案審核通過後，由本局以公文通知申請者與牙科醫院(診所)後，始可辦理假牙之製作及裝置作業。

- 七、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。
- 八、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。
- 九、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。
- 十、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%

- 十一、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。
- 十二、醫療費用領據(印領清冊)需附千分之四印花稅。
- 十三、本計畫所需經費，由原民會當年度公益彩券回饋金及新北市政府當年度公益彩券盈餘分配相關經費項下支應。

拾、經費概算

項目	費用(元)	說明
原民會 113 年度公益彩券回饋金	2,280,000	1. 依據補助基準表樣態核定金額。 2. 成本補貼費(100元)。 3. 本市預估受惠人數計 100 人/次。
本市 113 年度公益彩券盈餘分配相關經費	650,000	1. 由牙醫師公會推薦 2 名牙醫師擔任專業審查工作(每件審查費 1000 元)。 2. 雜支費郵資及文宣等。 3. 低收、中低收、未超過最低生活費 2 倍者假牙補助。
合計	2,930,000	

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	
診治項目	補助態樣	
	<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)

<p>負責診 治醫師 簽章</p>		<p>醫療院 所蓋章</p>		<p>就診者 同意簽 章</p>	<p>(簽名或蓋章或捺指印)</p>
---------------------------	--	--------------------	--	--------------------------	--------------------

<p>牙醫師公會 審核</p>	<p><input type="checkbox"/>通過 <input type="checkbox"/>退件(原因:)</p>	<p>(審核之牙醫師簽名)</p>	<p>(公會章)</p>
<p>直轄市及縣 (市)政府 審核</p>	<p><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</p>	<p>直轄市及縣(市)政府 核章</p>	

附表 3

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

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：

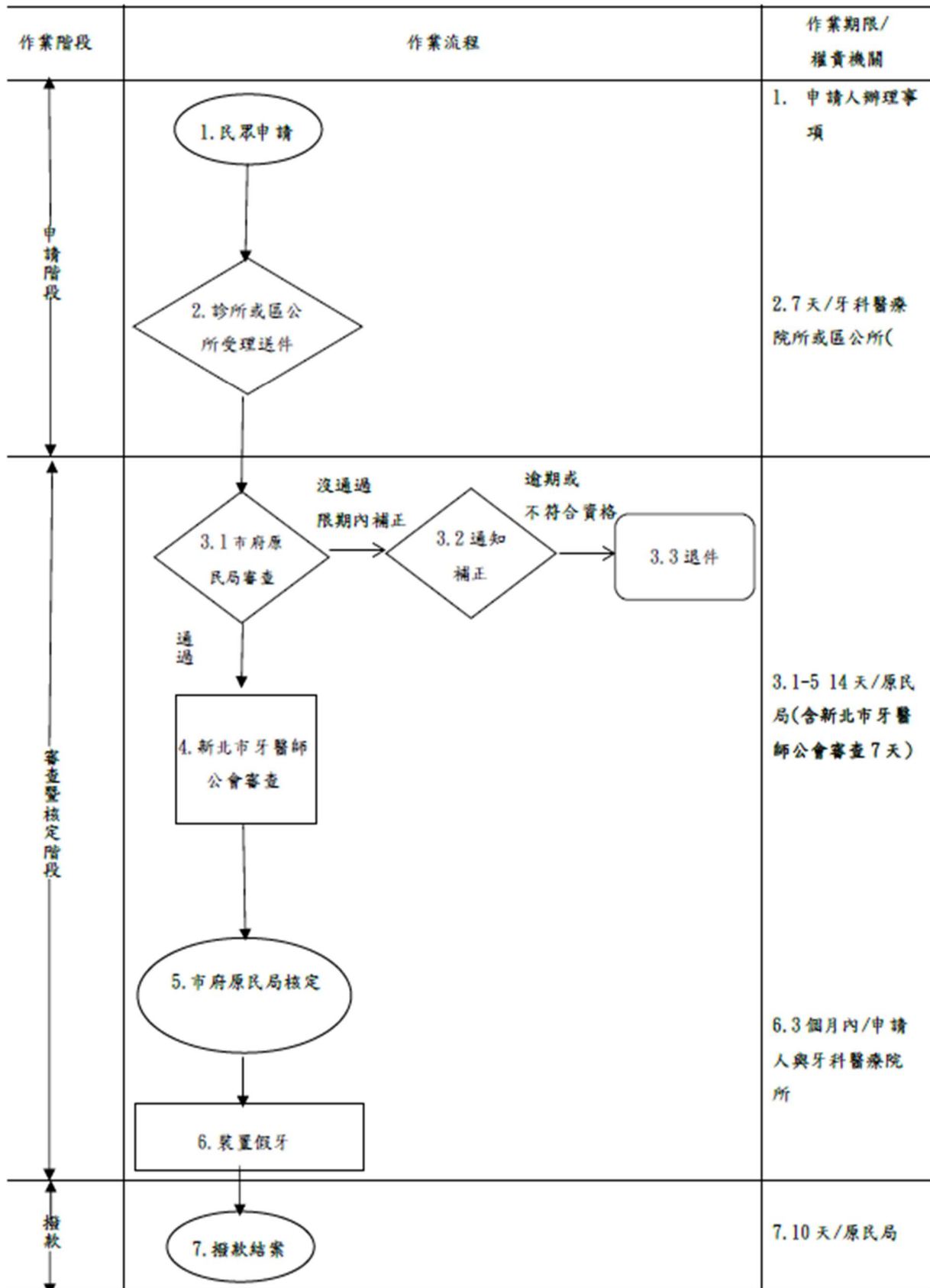
匯款銀行：

匯款帳戶：

匯款帳號：

附表 5

辦理原住民族長者補助裝置假牙標準作業流程圖



**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**

(補助基準一)

項目	原住民族委員會	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。	1. 設籍本市且年滿 55 歲以上之低收、中低收入戶原住民。 2. 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當年度最低生活費標準 2 倍者。
申請方式	檢具申請表、診治計畫書(一)，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、診治計畫書(一)、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(如補助基準二)	3,600 元	6,600 元

原住民族委員會活動假牙維修費補助基準二

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	600 元	3,600 元
2	假牙添加費/單顎	600 元	
3	假牙線勾/個	600 元	
4	假牙硬式襯底/座	1,800 元	

新北市政府原民局活動假牙維修費補助基準二

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	1,100 元	6,600 元
2	假牙添加費/單顎	1,100 元	
3	假牙線勾/個	1,100 元	
4	假牙硬式襯底/座	3,300 元	

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：