

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

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

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	☐ 第一次裝置假牙 ☐ 舊假牙已不堪使用 ☐ 舊假牙堪用			
診治項目	補助態樣		預估單價(補助金額)	
			原民會(一般戶) 原民局(中低收入等)	
	☐ 上、下顎全口活動假牙		(上限 4 萬元) (上限 4 萬 4,000 元)	
	☐ 上顎全口活動假牙		(上限 2 萬元) (上限 2 萬 2,000 元)	
	☐ 下顎全口活動假牙		(上限 2 萬元) (上限 2 萬 2,000 元)	
	☐ 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙		(上限 3 萬 4,000 元) (上限 3 萬 9,000 元)	
	☐ 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙		(上限 3 萬 4,000 元) (上限 3 萬 9,000 元)	
	☐ 上、下顎部分活動假牙		(上限 2 萬 8,000 元) (上限 3 萬 3,000 元)	
	☐ 上顎部分活動假牙		(上限 1 萬 4,000 元) (上限 1 萬 7,000 元)	
	☐ 下顎部分活動假牙		(上限 1 萬 4,000 元) (上限 1 萬 7,000 元)	
	☐ 固定式假牙(指牙冠或牙橋)_____顆		(1 顆 4,000 元) (1 顆 6,000 元) (至多 10 顆) (至多 3 顆)	
	活動假牙維修費	☐ 假牙破裂維修費/單顎	(上限 700 元)	(上限 1,100 元)
		☐ 假牙添加費/單顆	(上限 700 元)	(上限 1,100 元)
		☐ 假牙線勾/個	(上限 700 元)	(上限 1,100 元)
☐ 假牙硬式襯底/座		(上限 1,900 元)	(上限 3,300 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	☐ 通過 ☐ 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	☐ 通過。 核復公文 年 月 日○○○字第 號 函			直轄市及縣(市)政府 核章	
	☐ 退件 (原因：) 核復公文 年 月 日○○○字第 號 函				