**連江縣辦理老人裝置假牙補助要點**

連民社字第100年12月12日第1000045428號函訂定

連民社字第102年12月18日第1020051924號函刪除第七點，自103年1月1日起實施。

連民社字第105年01月01日第1050002898號函修正第五點自105年01月01日起實施。

連民社字第105年11月30日第1050050941號函修正第四點、第五點、第九點、刪除第十三點並自即日起實施。

連衛社字第109年12月11日第1090012805號函修正並自110年1月1日起實施。

1. 目的：為確保連江縣(以下簡稱本縣)老人口腔健康，強化消化系統及減輕老人經濟負擔，提供長者更妥適之生活照顧，特訂定本要點。
2. 主辦單位：連江縣衛生福利局
3. 協辦單位：連江縣各鄉公所、連江縣立醫院。
4. 補助對象：
5. 補助對象：現設籍本縣且年滿65歲以上之長者或年滿55歲以上原住民，經連江縣立醫院、全民健康保險之公私立醫療院所評估缺牙需裝置活動或固定假牙，並符合下例各款之一者：
6. 溯自申請日連續設籍本縣滿十年者。
7. 曾設籍本縣其設籍時間經累積滿二十年者。
8. 補助先後順序：
9. 第一優先為65歲以上低收入戶、中低收入戶、身心障礙者或年滿55歲以上低收入戶、中低收入戶原住民。
10. 第二優先為75歲以上長者。
11. 第三優先為65歲以上長者或年滿55歲以上原住民。

本縣列冊之低收入戶或中低收入戶65歲以上長者或55歲以上原住民不受設籍年限限制。

1. 補助內容：一生最高補助4萬元，其中一般戶申請超過2萬元部分需自付百分之十，掛號費及證書費等不列入補助項目。
2. 申請程序：符合補助對象者應檢具下列證明文件向戶籍所在地之鄉公所申請：
3. 申請書
4. 身分證影本或戶口名簿影本
5. 低收入戶或中低收入戶或原住民身分證明文件(無則免附)
6. 連江縣立醫院之或全民健康保險之公私立醫療院所就診診斷證明書
7. 鄉公所於受理申請文件，應就申請人所附各項證明文件予以審查，經審核後，若不符規定逕予函復，符合者則函送本局複核。
8. 受理申請補助期限自每年1月1日起至12月31日。
9. 本局於審定其補助資格後，即函復鄉公所及申請人補助金額額度，申請人方得進行診治治療。
10. 申請人於診治治療確定完成後三個月內（10月至12月期間完成診治者，應以收據開立年度為基準，於年度結束前十五日辦理撥付補助款申請，逾期即不受理）檢附下列文件向戶籍所在地之鄉公所申請撥付補助款：
11. 本局核准補助函影本。
12. 醫療費用收據正本。
13. 領款收據。
14. 申請人金融機構存摺帳號封面影本。
15. 計畫年度經費如告用罄，即不再受理補助案件之申請。
16. 本局得隨時抽查假牙補助申請人，製作醫療院所之相關資料，倘如發現申請人醫療院所有所詐欺，虛偽之證明，報告及其他不正當行為而領取本項補助者，應予以停發並追回溢領款項，如涉及刑責者依法移送司法機關辦理。

連江縣65歲以上申請裝置假牙補助

診 斷 證 明 書

醫院名稱：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　負責醫師姓名：

電　話：　　　　　　　　傳　真：

地址：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 就 　　診 　　者 　　基 　　本 　　資 　　料 | | | | | | | | | | | |
| 姓  名 |  | | | | 出生日期：　　年　 月 　日 | | 地址 | | | | 電話 |
| 性別：□男　　　　□女 | |  | | | |  |
| 身分證  字號 |  | |  | | |  |
| 診　　　治　　　計　　　畫　　　內　　　容 | | | | | | | | | | | |
| 診治  項目 | | 活動缺牙 | | □上、下兩顎  □單顎全口（□上,□下）  □單顎部份 齒（□上,□下） | | | | | 繪　　　　　　　圖 | | |
| 固定假牙 | | □上顎 齒  □下顎 齒 | | | | |
| 預　計　診　治　步　驟　詳　細　說　明 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 預估經費 | | | 新臺幣： | | | | | | 預 定 完 成 日 期 | 年　　　月　　　日 | |
| 診治醫師  簽章 | | |  | | | | | | | | |

**※註：1.請自行影印本空白表格使用。2.以上各項簽名如有不實願負法律責任。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **連江縣65歲以上裝置假牙補助申請表** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請人基本資料 | 姓名 |  | | | | | | | | | 性別 | | | □男  □女 | 出生年月日 | | 民前  民國 | | 年月日 | |
| 身分證  字號 |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  | 戶籍地址 | 鄉 村 鄰 號 樓 | | | | | |
| 設籍時間 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 身份別 | | | □低收入戶□中低收入戶□一般戶 | | | | | | | | | | | | | | 電話 | |  |
| 假牙  補助  項目 | | | □上、下兩顎假牙  □單顎全口假牙  □單顎部份活動假牙 齒  □固定式假牙 齒 | | | | | | | | | | | | 申請  補助  金額 | | 新台幣 萬 仟 佰 拾 元整 | | |
| 切結書 | 立切結書人 茲申請連江縣老人裝置假牙補助，本人已充分了解  並符合本計畫申請補助對象資格規定，保證上述所填各項資料及所附文件均  為真實，並知悉提供不實資料及違反相關法令之後果；若有虛報不實經查明  屬實，除無條件繳回所領取之補助金額外，並願負一切法律責任。（如為代申  請，代申請人亦已將表內事項詳告申請人）  此致  連江縣衛生福利局  申請人簽章：\_\_\_\_\_\_\_\_\_代申請人簽章：\_\_\_\_\_\_\_\_\_申請日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 應  備  文  件 | 自我檢查(已附者請打勾)  □1.身分證影本或戶口名簿影本  □2.低收入戶、中低收入戶或原住民證明文件(無則免附)  □3.連江縣立醫院或全民健康保險之公私立醫療院所之就診診治計畫書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 鄉公所審核結果 | □符合規定，同意呈轉。   * 不符合規定，函復知悉。   承辦人： 課 長： 鄉 長： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 衛福局審核結果 | □符合規定，同意呈轉。   * 不符合規定，函復知悉。   承辦人： 科 長： 局 長： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |