

# 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。

府民社字第 113 年 1 月 12 日第 1130002265 號函修正並自 113 年 1 月 1 日起實施。

一、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。

二、主辦單位：連江縣政府

三、協辦單位：連江縣各鄉公所、連江縣立醫院。

四、補助對象：

(一)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，並符合下列各款之一者：

1. 溯自申請日連續設籍本縣滿十年者。

2. 曾設籍本縣其設籍時間經累積滿二十年者。

(二)補助先後順序：

1. 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。

2. 第二優先為 75 歲以上長者。

3. 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。

五、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。

六、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：

(一)申請書

(二)身分證影本或戶口名簿影本

(三)低收入戶或中低收入戶或原住民身分證明文件(無則免附)

(四)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

- 七、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，符合者則函送本府複核。
- 八、受理申請補助期限自每年1月1日起至12月31日。
- 九、本府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。
- 十、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：
  - （一）本府核准補助函影本。
  - （二）醫療費用收據正本。
  - （三）領款收據。
  - （四）申請人金融機構存摺帳號封面影本。
- 十一、計畫年度經費如告用罄，即不再受理補助案件之申請。
- 十二、本府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。
- 十三、申請人於核定後一年內辦理請款核銷，逾期請重新向戶籍所在地之鄉公所申請補助。
- 十四、本經費來源由本府編列預算辦理。
- 十五、本要點自113年1月1日起實施。

# 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： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
		身分證 字 號	
診 治 計 畫 內 容			
診 治 項 目	活動缺牙	<input type="checkbox"/> 上、下兩顎 <input type="checkbox"/> 單顎全口 ( <input type="checkbox"/> 上, <input type="checkbox"/> 下) <input type="checkbox"/> 單顎部份_____齒 ( <input type="checkbox"/> 上, <input type="checkbox"/> 下)	繪 圖
	固定假牙	<input type="checkbox"/> 上顎_____齒 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	民國	年	月	日
	身分證字號								
	設籍時間				戶籍地址	鄉 村 鄰 號 樓			
	身份別	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 一般戶			電話				
假牙補助項目	<input type="checkbox"/> 上、下兩顎假牙 <input type="checkbox"/> 單顎全口假牙 <input type="checkbox"/> 單顎部份活動假牙__齒 <input type="checkbox"/> 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 連江縣政府								
書應備文件	申請人簽章：_____ 代申請人簽章：_____ 申請日期： 年 月 日  自我檢查(已附者請打勾) <input type="checkbox"/> 1. 身分證影本或戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 2. 低收入戶、中低收入戶或原住民證明文件(無則免附) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 符合規定，同意呈轉。 <input type="checkbox"/> 不符合規定，函復知悉。 承辦人：_____ 課長：_____ 鄉長：_____								
連江縣政府審核結果	<input type="checkbox"/> 符合規定，同意呈轉。 <input type="checkbox"/> 不符合規定，函復知悉。 承辦人：_____ 科長：_____ 副處長：_____ 處長：_____								