|  |
| --- |
| **澎湖縣政府辦理老人補助裝置假牙實施計畫—申請表(第1類適用)****衛生局** |
| 申 請 人 基 本 資 料 | 姓 名 |  | 性別 | * 男
* 女
 | 出生年月日 |  年 月 日 |
| 身份證字號 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 連絡電話 |  |
| 戶籍地址 |  縣市 區/鄉（鎮） 村（里） 鄰 路（街） 段 巷 弄 號 樓 |
| 通訊地址 | * 同上
* 另列如下
 |
|  | 應備文件 | * 身分證正反面影本
* 戶籍謄本
* 私章
 |
| 切 結 書 |  本人 申請本縣一般老人補助裝置假牙，本人已充分了解並符合本計畫申請補助對象資格規定，且從未領有相同補助，上述所填各項資料及所附文件均完全屬實；如有填報不實、隱匿事實、溢領補助或違反相關法令情事，本人所領取之補助，由本人或法定繼承人於30日內返還；屆時未返還者，依法移送強制執行，涉及刑責者移送司法機關辦理，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 澎湖縣政府 申請人（或代理人）簽章：  |

備註：澎湖縣政府特約牙醫院所辦理

**衛生局**

 年度 醫院/衛生所/診所

|  |
| --- |
| **澎湖縣政府辦理老人補助裝置假牙實施計畫—申請清冊** |
| 編號 | 姓名 | 身分證字號 | 出生年月日 | 地址 | 連絡電話 | 備註 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |

**澎湖縣政府辦理老人補助裝置假牙實施計畫—診治計畫書**

 申請案件序號： 收件日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申請人基本資料欄** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

姓 名： 身分證號：性 別： □ 男/□ 女出生日期： 年 月 日（足齡： 歲）戶籍地址：□□□－□□ 聯絡地址：□同上 □另列如下：□□□－□□ 聯絡電話：宅：（ ） ；行動電話：  |
| **特約院所篩檢欄(一)** | * **本案之篩檢醫療院所確為本縣補助老人裝置假牙特約醫療院所。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | △：代表殘根╳：代表缺牙○：代表補牙（C＆B） |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

**篩檢結果：**

|  |  |
| --- | --- |
| **診　治　計　畫　內　容** | **繪 圖** |
|  |   |

**評估說明：請勾選下欄應裝置活動假牙項目及類別：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **勾選** | **項目** | **補助態樣** | **裝置假牙類別** | **最高補助金額** |
|  | 1 | 上下鄂全口活動假牙。 | 上、下顎全口假牙 | 50,000元 |
|  | 2 | 上顎全口活動假牙。 | 單上顎全口假牙 | 25,000元 |
|  | 3 | 下顎全口活動假牙。 | 單下顎全口假牙 | 25,000元 |

診治費用估價：總經費 元（申請補助 元，自負額 元。）。其他說明： 篩檢完成日期： 年 月 日 篩檢機構名稱： 篩檢醫師簽章： 篩檢機構地址： 電 話：  |
| **特約院所篩檢欄(二)** | **需檢附文件：**□1.身分證影本。 □2.病歷影本。 □3. 戶籍謄本(設籍至少3年)  □4.裝置前相片。**請黏貼裝置前相片3張：**

|  |
| --- |
| （正面全口1張，相片背面請填寫申請人姓名） |
| （上顎1張，相片背面請填寫申請人姓名） |
| （下顎1張，相片背面請填寫申請人姓名） |

請將申請人身分證正、反面影本黏貼於下方格內：

|  |  |
| --- | --- |
| （身分證影本-正面） | （身分證影本-反面） |

 |
| **核定意見欄（澎湖縣政府填寫）** | 1.□已於特約醫療院所完成篩檢，符合補助項目。2.□同意□裝置假牙□維修假牙補助項目第 項計新台幣 萬 仟元整。3.□不符合（理由） 。承辦人： 科長： 副局長： 局長：  |
| **備 註** | 1.此診治計畫書為符合該計畫**第1類**補助資格者適用。2.篩檢醫師應確實填寫篩檢結果及評估說明，收取申請人身分證件影本時，請先核對正本後協助申請人在影本上註明「本影本限申請假牙補助用」並簽名（或蓋章）；為避免老人日後奔波補件，請篩檢院所盡量核對申請人所檢附之資料是否齊全及正確，以維護老人權益。3.特約院所提供服務應包含假牙製作及裝戴、裝戴後調整服務至少一年，以保障服務品質。 4.為配合會計年度，請收到核准公文的特約院所於**當年度12月20日前完成假牙裝置核銷申辦作業**。5.申請人如遇傷病、死亡等因素，致無法繼續完成裝置假牙，將按活動假牙製作階段支付醫療院所相當比率補助經費：活動假牙取模階段補助總價三分之一，活動假牙裝戴階段補助總價三分之二，活動假牙完成階段全額補助。6.申請人如因個人因素終止假牙裝置或欲轉至其他醫療院所處理假牙裝置時，由原負責醫療院所提出說明後，並填寫轉案申請書，函送本局協助轉介至其他契約醫療院所，原負責醫療院所若以進入作業流程產生之相關費用則依前款的標準辦理請款，剩餘補助金額由後續負責牙科醫療院所提出案件申請核准並完成個案假牙裝置後，再行申請款項補助，不足補助金額部分由申請人自行負擔。7.申請人因個人因素申請終止假牙裝置或轉至其他醫療院所，其申請上限1次為限，且需 重新提出申請。 |

**澎湖縣政府辦理老人補助裝置假牙實施計畫—印領清冊**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序號 | 受補助人姓名 | 身分證字號 | 戶籍地址 | 補助項目代號 | 金額 | 受補助人蓋章 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |
| 項目 | 補助態樣 | 單價（元） | 人數 | 申請補助金額 |
| 1 | 上下鄂全口活動假牙。 | 50,000 |  |  |
| 2 | 上顎全口活動假牙。 | 25,000 |  |  |
| 3 | 下顎全口活動假牙。 | 25,000 |  |  |
| **合 計** |  |  |

 備註：此表為符合計畫第1類補助資格者適用。 澎湖縣政府 製

**澎湖縣政府辦理老人補助裝置假牙實施計畫—申請補助費用委託書**

本人 已於 年 月 日在 醫院/衛生所/診所完成假牙裝置，茲委託 貴醫院/衛生所/診所向澎湖縣政府申領「澎湖縣政府辦理老人補助裝置假牙實施計畫」補助費用計新臺幣 萬 仟元整。

委託人簽名或蓋章：

委託人戶籍地址：

|  |
| --- |
| （受託機構關防） |

委託人身份證字號：

受託機構名稱：

負責人簽名或蓋章：

地址：

中 華 民 國 年 月 日

**收 據**

 **年 月 日**

|  |
| --- |
| 以 下 由 醫 療 院 所 填 寫 |
| 院所名稱 |  (加蓋印信) | 電 話 |  |
| 地 址 |  | 統一編號 |  |
| 款 項名 稱 | 受託辦理澎湖縣政府辦理老人補助裝置假牙實施計畫(申請者姓名： ) |
| 總 計金 額 | 新台幣： 佰 拾 萬 仟 佰 拾 元整 |
| 負責人蓋 章 |  |

同意委託轉帳資料如後(請附存摺封面影本)：

金融機構名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_銀行（局、庫、社、會）

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_分行（分局、支庫、分社）

戶 名（醫院/診所）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

帳 號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(請黏貼存摺影封面影本)

**澎湖縣政府辦理老人補助裝置假牙實施計畫—術後照片**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 裝置後相片黏貼欄 | 請將申請人裝置後照片共3張並附註拍照日期黏貼於下方格內以資佐證：

|  |
| --- |
| （正面全口1張，相片背面請填寫申請人姓名） |
| （上顎1張，相片背面請填寫申請人姓名） |
| （下顎1張，相片背面請填寫申請人姓名） |

 |