

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	
					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：					
	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 114 年度同一額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	
	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)		
診治 項目	<input type="checkbox"/> 假牙破裂維修費/單顆	
	<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、下頸照片各 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 醫 生 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	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 通過。 核復公文 年 月 日〇〇〇字第 號 函 <input type="checkbox"/> 退件 (原因 :)	直轄市及縣(市)政府 核章	
	核復公文 年 月 日〇〇〇字第 號 函		