

年度	核定 梯次	<input type="checkbox"/> 列冊低收入 <input type="checkbox"/> 列冊中低收入	編號
----	----------	--	----

彰化縣政府辦理身心障礙者裝置假牙補助申請表

申請 人 基 本 資 料	身心障礙證明 正面影本 黏貼處		身心障礙證明 反面影本 黏貼處			
	姓名		出生	民國(前) 年 月 日	身分證 字號	
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	聯絡電話	()	手機：	
	戶籍 地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	縣	市/鄉/鎮	村(里) 鄰	路(街) 段 巷 弄 號 樓
申請人 身分別 資格	<input type="checkbox"/> 1. 列冊低收入戶(每年實報實銷申請總金額不得超過新臺幣 40,000 元, 超過者一律以新臺幣 40,000 元計) <input type="checkbox"/> 2. 列冊中低收入戶(每年實報實銷申請總金額不得超過新臺幣 20,000 元, 超過者一律以新臺幣 20,000 元計)					
醫療院所 名稱			申請 金額	(由 醫 療 院 所 填 寫)		
			核定 金額	(由 委 託 審 查 單 位 填 寫)		
應 備 文 件	1. <input type="checkbox"/> 身心障礙證明正、反面影本(請黏貼於本申請表) 2. <input type="checkbox"/> 低收入戶或中低收入戶證明 3. <input type="checkbox"/> 診治計畫書 4. <input type="checkbox"/> 口腔篩檢表 5. <input type="checkbox"/> 其它相關資格文件					
切 結 書	本人_____ 茲申請「彰化縣政府辦理身心障礙者裝置假牙補助」, 本人已充分了解並符合本計畫申請補助對象資格規定, 且每年申請總金額符合規定, 上述所填各項資料及所附文件均完全屬實; 如經查證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; 另若經核定符合資格時, 彰化縣政府及公所依個人資料保護法第 15 條所蒐集之個人資料除用於蒐集之相關業務外, 若於符合增進公共利益或有益於當事人權益下, 本人願意提供個人資料予個人、慈善團體等, 作為發放慰問金、物資等福利服務使用(如為代理申請, 代理人應將表內事項詳細告知申請人)。 此致 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end; margin-top: 20px;"> <div style="width: 60%;"> 彰化縣政府 申請人(或代理人)簽名或蓋章: _____ 身分證字號: _____ </div> <div style="width: 35%; text-align: right;"> <div style="border: 1px dashed black; width: 60px; height: 40px; margin: 0 auto 20px auto;"></div> 申請日期: ____年__月__日 </div> </div>					

身心障礙者裝置假牙診治計畫書

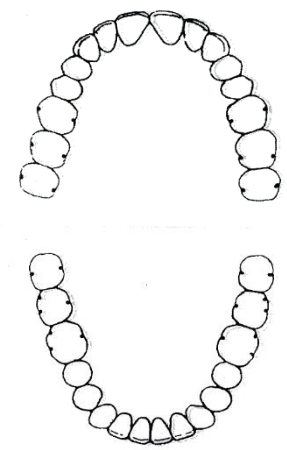
年度	<input type="checkbox"/> 列冊低收 <input type="checkbox"/> 列冊中低收	梯次-編號
----	--	-------

就診者 資料	姓名	生日	民國	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	戶籍地址	身分證號		連絡電話					
	身份類別	設籍本縣之未滿六十五歲領有身心障礙證明者，經醫師評估缺牙需裝置假牙者，並符合下列條件之一者： <input type="checkbox"/> 1. 列冊低收入戶 <input type="checkbox"/> 2. 列冊中低收入戶							

診所 資料	診所名稱	健保代碼	負責醫師
	寄件通訊	電話	

(院所請填寫可收到縣府核定通知函之寄件通訊處)

診治計畫內容

診治院所	假牙類別勾選 (V)	<p>固定假牙</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 鑄心 1,000 <input type="checkbox"/> 3. 金屬瓷冠 5,000</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 金屬鑄造冠 3,000</p> <p>活動假牙</p> <p>全口活動義齒</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 上、下兩顎 40,000</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 上顎 20,000</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 下顎 20,000</p> <p>部分活動義齒</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 上、下兩顎 30,000</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 上顎 15,000</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 下顎 15,000</p>	(繪圖)
	預計治療流程		
	費用	診治醫師	檢附 (若有): X光片 ____ 張, 照片 ____ 張, 模型 ____ 副

審核核定階段	審核委員會	<input type="checkbox"/> 審核通過，審核認定新台幣金額 _____ 整 <input type="checkbox"/> 退件 (原因):	(審核醫師簽章)	(委託之審查單位核章)
	社會處審核	<input type="checkbox"/> 審核通過，如上述審核委員會核定金額 <input type="checkbox"/> 審核通過，審核認定新台幣金額 _____ 整 <input type="checkbox"/> 退件 (原因):	(承辦人員核章) (科長核章)	(處長核章)

診治院所	實際完成日	民國	年	月	日	(診治完成後，請就診患者該欄位內簽名或蓋章，若患者以按壓手印，需請診治醫師在手印旁簽名或蓋章證明)
	申請費用 (大寫國字)	NT\$ 萬 仟元整				
	壹貳叁肆伍陸柒捌玖零					

粗框線格內由牙醫師公會與社會處填寫，診所詳填其他欄。製作完成後，務必請患者簽名或蓋章。

身心障礙者裝置假牙口腔篩檢表

就診者 資料 (自填)	姓名		生 日	民 國	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
			身分證號					電話	
	戶籍地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣 市/鄉/鎮 村(里) 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓							
身份類別	設籍本縣之未滿六十五歲領有身心障礙證明者，經醫師評估缺牙需裝置假牙者，並符合下列條件之一者： <input type="checkbox"/> 1. 列冊低收入戶 <input type="checkbox"/> 2. 列冊中低收入戶								

敬愛的鄉親：

彰化縣政府為保障身心障礙者口腔健康，減輕經濟負擔，特別補助縣內低收入戶及中低收入之身心障礙者裝置假牙。關於本次口腔檢查有幾項說明如下：

- 一、 本次口腔檢查目的在於：早期發現口腔疾病，及時防治，以利後續假牙之製作。
- 二、 請符合補助條件的鄉親攜帶相關文件至已公告配合本計畫的牙醫院所接受檢查。
- 三、 就診時應出示健保卡或其他身份證明文件，以利核對及正確填表。若僅單純健檢填表，應免收掛號費且不讀卡；假如需要本補助計畫之外的其他治療，則應徵得本人之同意後，依各醫療院所一般看診流程辦理。

註記符號	統計代碼	說 明
△	D	齲齒(蛀牙)、殘根、不良充填等需處理牙
×	M	缺牙
○	F	銀粉、樹脂充填或經牙冠贖復等已治療牙
為方便公會統計，請各牙科院所務必協助詳細檢查並將 DMFT 值算出填入。謝謝！		

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
個人齲齒指數 (含已治療牙齒)				恆牙 D + M + F = T											
				D	M	F	T								

院所名稱：_____

檢查醫師：_____

聯絡電話：_____

檢查日期：_____

診療相片黏貼表 (核銷用)

診療院所 名 稱		診療醫師 簽名或蓋章		完成日期	年 月 日
就診者 姓 名		就診者 身分證字號			
	<p>請牢固黏貼 4" × 6" 之清晰照片 相片以口內咬合觀或口內正面觀為佳 相片背面請註明患者姓名，以免遺失</p>				
治 療 後	<p>請牢固黏貼 4" × 6" 之清晰照片 相片以口內咬合觀或口內正面觀為佳 相片背面請註明患者姓名，以免遺失</p>				

若不敷使用，請自行影印！謝謝。

領款收據

茲收到「彰化縣政府辦理低收入戶及中低收入身心障礙者裝置假牙補助計畫」_____君於本院所**裝置假牙**診治費用，共計新台幣_____元整，實屬無訛。

此致
彰化縣政府

院所名稱：_____（簽章）

負責人：_____（簽章）

統一編號：_____

地址：_____

電話：_____

匯款銀行：	分行：	（款項以郵寄方式者免填）
戶名：		（抬頭需有院所名稱）
存簿帳號：		（款項以郵寄方式者免填）

-----存簿封面影本黏貼處-----

（請浮貼，勿壓住日期）

中華民國 年 月 日