

## 彰化縣補助 65 歲以上老人裝置全口假牙-申請表

申請人 基本資料	身分證 正面影本 黏貼處		身分證 反面影本 黏貼處		
	聯絡電話	( )	手機：		
	戶籍 地址	□□□□□	縣	市/鄉/鎮	村(里) 鄰
			路(街)	段	巷 弄 號 樓
聯絡 地址	□□□□□	縣	市/鄉/鎮	村(里) 鄰	
		路(街)	段	巷 弄 號 樓	
醫療院所名稱	申請金額		(由醫療院所填寫)		
	核定金額		(由審查單位填寫)		
	民眾自付 金額		(由醫療院所填寫) (單顎上限 2,000 元、雙顎上限 4,000 元)		
應備 文件	1. <input type="checkbox"/> 身分證正反面影本。(請黏貼於本申請表) 2. <input type="checkbox"/> 診治計畫書 3. <input type="checkbox"/> 口腔篩檢表 4. 接受過假牙補助(同一部位補助, 終身限 1 次) <input type="checkbox"/> 是(續填) <input type="checkbox"/> 否 已補助項目 <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> 上下顎			公所章戳	
	<p>茲申請「彰化縣補助 65 歲以上老人裝置全口假牙」, 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。</p> <p>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)。</p> <p>申請人(或代理人)簽名或蓋章: <span style="float: right;">□</span></p> <p style="text-align: right;">申請日期: 年 月 日</p> <p>此致 彰化縣政府</p>				

# 彰化縣補助 65 歲以上老人裝置全口假牙 診治計畫書

梯次-編號

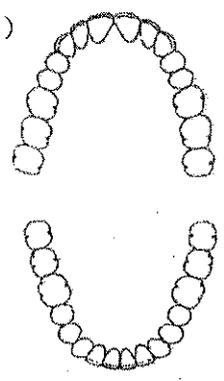
就診者 資料	姓名		生 日	民國	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
		戶籍 地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	縣	市/鄉/鎮	村(里)	鄰	路(街)	段	巷	弄

診所 資料	診所 名稱		健保代碼		負責 醫師								
	寄件 通訊	<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	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)	全口活動假牙	<input type="checkbox"/> 1. 上下顎全口假牙 \$ 40,000 元 <input type="checkbox"/> 2. 單上顎 \$ 20,000 元 <input type="checkbox"/> 3. 單下顎 \$ 20,000 元	(繪圖)
	預計治療流程：			
	費用	申請補助金額： 民眾自付金額： (單顎上限 2,000 元、雙顎上限 4,000 元)	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，審核認定補助新臺幣 _____ 元整 <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補助金額 <input type="checkbox"/> 審核通過，審核認定補助新臺幣 _____ 元整 <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，請就診者於該欄位內簽名或蓋章，若以按壓手印，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						

粗框線格內由委託審查單位與社會處填寫，診所詳填其他欄。製作完成後，務必請患者簽名或蓋章。

# 彰化縣補助 65 歲以上老人裝置全口假牙 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	
			身分證字號		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					

敬愛的鄉親長輩：

彰化縣政府為保障老人口腔健康，減輕經濟負擔，特別補助縣內 65 歲以上長輩裝置假牙。本計畫特別結合「本府委託審查」專業協助，自 104 年 7 月起逐步推動。關於本次口腔檢查有幾項說明如下：

1. 本次口腔檢查目的在於：早期發現口腔疾病，及時防治，以利後續活動假牙之製作。
2. 請符合補助條件的鄉親長輩攜帶相關文件至已公告配合本計畫的牙醫院(診所)接受檢查。
3. 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

為方便委託審查單位統計，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			
治 療 前	<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>				

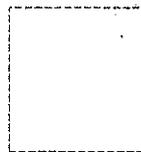
若不敷使用，請自行影印！謝謝。

# 領款收據

茲收到「補助65歲以上老人裝置全口假牙」\_\_\_\_\_君等\_\_人  
於本院所裝置假牙診治費用，共計新臺幣\_\_\_\_\_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：

銀行代號：

(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

# 補助 65 歲以上老人裝置假牙實施計畫 滿意度問卷調查表

親愛的長輩您好：

感謝您撥冗填寫這份問卷，這份問卷主要是想了解您對於補助裝置假牙措施的滿意情形，請您依照自己的實際情形回答，並在最適當的答案□裡打✓。您的寶貴意見，對於政府施政會有很大的幫助。本項調查並不會洩露您個人資料，請放心填答，在此感謝您的協助。

彰化縣政府

敬上

## 一、基本資料：

(一)戶籍所在地：\_\_\_\_\_縣、市；\_\_\_\_\_鄉、鎮、市(區)。

(二)性別：男 女。

(三)是否為原住民是 否。

(四)出生年月日(民國)：\_\_\_\_\_年前/\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日。

二、請問您從何處知道本項補助計畫(可複選)：電視 報紙 網路  
縣市政府 醫療院所 鄰里長 親朋好友 其他\_\_\_\_\_。

三、請問您申請假牙補助的時間是\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日；完成裝置假牙的日期是\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日。

四、請問您以前所裝置假牙還在使用中嗎？  
有 沒有 以前未裝置過假牙。

五、目前您裝置的假牙還舒適嗎？

(1)非常舒適  (4)不舒適

(2)舒適  (5)非常不舒適

(3)沒意見

六、您覺得補助裝置假牙對您的飲食有沒有幫助？

(1)非常有幫助  (4)沒有幫助

(2)有幫助  (5)非常沒有幫助

(3)沒意見

七、您覺得這次申請假牙補助的手續方不方便？

(1)非常方便  (4)不方便

(2)方便  (5)非常不方便

(3)沒意見

八、您對本縣開辦 65 歲以上老人補助裝置假牙計畫滿不滿意？

(1)非常滿意

(2)滿意

(3)沒意見

(4)不滿意(請續答十)

(5)非常不滿意(請續答十)

九、請問您不滿意的原因是？(可複選)

(1)特約醫療院所太少

(2)申請程序複雜

(3)口腔篩檢時間太久

(4)核准通知時間太久

(5)政府部門承辦人員服務態度不佳

(6)醫療院所服務態度不佳

(7)其他

十、建議事項：