

副本

收文日期	111.3.17
編號	1191

檔 號：
保存年限：

新北市政府原住民族行政局 函

地址：220242新北市板橋區中山路1段161號26樓
(西側)

承辦人：劉媛妮

電話：(02)29603456 分機3970

傳真：(02)29601121

電子信箱：AN7416@ntpc.gov.tw

220339

新北市板橋區三民路2段37號11樓

受文者：社團法人新北市牙醫師公會

發文日期：中華民國111年3月11日

發文字號：新北原社字第1110450093號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明四

主旨：檢送「補助原住民族長者裝置假牙之牙科醫療院所意願調查表」1份，惠請貴牙科醫療院所協助填復，請查照。

說明：

- 一、依原住民族委員會「106年度臺灣原住民族經濟狀況調查」原住民族家庭年平均收入為81萬8,053元與全體家庭平均年收入129萬2,578元相較，僅是全體家庭的0.63倍。另依「110年第1季原住民就業狀況調查報告」，原住民有酬就業者每人每月主要工作收入3萬999元，與全體民眾4萬5,442元相較，低1萬5,043元，顯示原住民族經濟狀況相較於全體民眾處於相對弱勢。考量口腔醫療費用昂貴，若衍伸其他疾病，將促使醫療費用更為沉重，為保障年滿55歲以上原住民族之口腔健康及減輕經濟負擔，特訂「補助原住民族長者裝置假牙實施計畫」。
- 二、為尊重和了解貴牙科醫療院所有無意願協助配合辦理補助原住民族長者裝置假牙計畫，進行相關意願調查。
- 三、惠請貴牙科醫療院所於111年3月31日(四)前寄送至本局彙整。
- 四、隨文檢附「111年度補助原住民族長者裝置假牙執行計畫」、「補助原住民族長者裝置假牙之牙科醫療院所意願調查表」各1份。

正本：國華牙醫診所、皇翔牙醫診所、光美牙醫診所、石公燦牙醫診所、欣誼牙醫診所、奇美牙醫診所、新北市立聯合醫院、和平牙醫診所、吾佳牙醫診所、協和牙醫診所、救生牙醫診所、行天宮醫療志業醫療財團法人恩主公醫院、天華牙醫診所、莒光牙醫診所、宏大牙醫診所、衛生福利部雙和醫院附設護理之家(委託臺北醫學大學興建經營)、天主教耕莘醫療財團法人永和耕莘醫院、江北牙醫診所、翔齡牙醫診所、宏國牙醫診所、板橋國泰醫院、精英牙醫診所、遠東牙醫診所、尚誠牙醫診所、培源牙醫診所、展揚牙醫診所、醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院、樂真牙醫診所、極致美學牙醫診所、泰上牙醫診所、新北市烏來區衛生所、美白牙醫診所、台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人淡水馬偕紀念醫院、寶麒牙醫診所、天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院、廊懷德牙醫診所、戚崇龍牙醫診所、耕莘醫院安康院區、佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院、衛生福利部樂生療養院、欣安牙醫診所、晶瑞牙醫診所、衛福部臺北醫院、大正牙醫診所、何牙醫診所、宇昇牙醫診所、晶品牙醫診所、博士牙醫診所、謝彥中牙醫診所、國慶牙醫診所

副本：社團法人新北市牙醫師公會

局長羅美菁

本案依分層負責規定授權業務主管決行



新北市政府原住民族行政局

111 年度補助原住民族長者裝置假牙執行計畫

本局 111 年 1 月 14 日第 1110092550 號發准案核定

壹、緣起與目的：

原住民族因飲食文化特性，至老年時期發生嚴重落牙、口腔疾病，或導致口腔問題層出不窮，因臉部或口腔美觀程度，影響人際互動，齒列長期不整或缺牙，影響咀嚼功能，造成老年健康照護問題，透過「原住民族委員會」和「新北市政府原民局」之補助裝置假牙計畫，減輕原住民族長者經濟負擔，並回復正常人際互動關係，進而改善原住民族長者生活品質。

貳、補助機關：原住民族委員會(以下簡稱原民會)、新北市政府。

主辦機關：新北市政府原住民族行政局(以下簡稱本局)。

協辦單位：社團法人新北市牙醫師公會(以下簡稱牙醫師公會)、本市區公所及本市境內全民健康保險特約之公私立醫院牙科醫院(診所)。

參、實施地區：新北市全區。

肆、實施期程：111 年 1 月 1 日至 111 年 12 月 31 日。

伍、申請資格條件及最高補助金額：

一、申請本局補助者，最高補助四萬元

(一)設籍新北市(以下簡稱本市)且年滿 55 歲以上之原住民族長者，經醫師評估缺牙需裝置假牙者，且具有本市低收入戶、中低收入戶、或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當年度最低生活費標準二倍者。

(二)前項所稱家庭總收入計算基準，比照社會救助法及其施行細則辦理；所稱全家人口計算範圍為申請人、配偶、戶籍內直系血親、同一戶籍共同生活之兄弟姐妹及認列綜合所得稅扶養親屬免稅額之納稅義務人。

(三)111 年度同一類「未」取得相同補助項目者及「未」申請其他政府機關所辦假牙計畫補助者。

二、申請原民會補助者，最高補助三萬元

(一)設籍本市年滿 55 歲以上之原住民族長者，福利資格身分為一般戶，經醫師評估缺牙需裝置假牙者，且未符合衛生福利部「低收、中低

收入老人補助裝置假牙實施計畫」服務對象，或未申請其他政府機關所辦假牙補助者。

(二)111 年度同一類「未」取得相同補助項目者及「未」申請其他政府機關所辦假牙計畫補助者。

陸、申請程序：

一、紙本申請

(一)提出申請：設籍本市申請補助裝置假牙者，應攜帶健保卡逕向健保特約牙科醫院(診所)申請表單或向區公所申請表單。

(二)口腔檢查：由健保特約牙科醫院(診所)提供口腔檢查服務及鼓勵口腔篩檢，並協助申請者填具申請書【附表 1】後，連同診治計畫書(一)【附表 2】於 7 日內送申請之本局審查。

(三)審查作業：由本局辦理申請者資格審查作業，至涉及醫療專業部分須由社團法人新北市牙醫師公會轉請指派具合格牙醫師證書者辦理。另健保特約牙科醫院(診所)送件後至通知審核結果之期間，不得超過工作天 14 日。

(四)裝置或維修假牙：經審核通過後，本局將發核定函予申請者及提供口腔檢查服務之健保特約牙科醫院(診所)，始得製作或維修假牙。

(五)補助請款：請健保特約牙科醫院(診所)或區公所協助申請者檢送診治計畫書(二)【附表 3】及領據或印領清冊【附表 4-1、附表 4-2】，並填寫滿意度調查問卷【附表 7】向本局申領款項。

二、線上申請

(一)提出申請：設籍本市申請補助裝置假牙者，應攜帶健保卡逕向健保特約牙科醫院(診所)提出申請。

(二)口腔檢查：由健保特約牙科醫院(診所)提供口腔檢查服務及鼓勵口腔篩檢。申請原民會補助，請健保特約牙科醫院(診所)至「補助原住民族長者裝置假牙審核系統(下稱審核系統)」輸入資料後成案，並於 3 日內線上申請，網址為 <https://cipdenture.cip.gov.tw/>。申請原民局補助，請申請者至「新北市政府雲端櫃檯(下稱雲端櫃檯)」線上申請，網址為 <https://service.ntpc.gov.tw/eservice/Index.action>。

(三)審查作業：由本局於審核系統辦理申請者資格審查作業，至涉及醫療專業部分須由社團法人新北市牙醫師公會請指派具合格牙醫師證書者於審核系統辦理，審查日期不得超過工作天 10 日。

(四)裝置或維修假牙：經審核通過後，審核系統將發簡訊通知申請者及提供口腔檢查服務之健保特約牙科醫院(診所)，本局將發核定函予申請者及提供口腔檢查服務之健保特約牙科醫院(診所)，始得製作或維修假牙。

(五)補助請款：

1. 申請原民會補助，由健保特約牙科醫院(診所)於「審核系統」填妥診治計畫書(二)【附表 3】及領據或印領清冊【附表 4-1、附表 4-2】向本局申領款項。

2. 申請本局補助，由申請者於「雲端櫃檯」填妥診治計畫書(二)【附表 3】及領據或印領清冊【附表 4-1、附表 4-2】向本局申領款項。

柒、申請流程圖：請參閱【附表 5】。

捌、補助項目及費用：亦可參閱【附表 6】。

項目	原住民族委員會	新北市政府原民局
補助類別	設籍本市年滿 55 歲以上之原住民，經醫師評估缺牙需裝置假牙者。	1. 設籍本市且年滿 55 歲以上之低收、中低收入戶原住民。 2. 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當年度最低生活費標準 2 倍者。
1. 上、下顎全口活動假牙。	3 萬元整	4 萬元整
2. 上顎全口活動假牙。	1 萬 5,000 元整	2 萬元整
3. 下顎全口活動假牙。	1 萬 5,000 元整	2 萬元整

4. 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙。	2 萬 5,000 元整	3 萬 5,000 元整
5. 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙。	2 萬 5,000 元整	3 萬 5,000 元整
6. 上下顎部分活動假牙	2 萬元整	3 萬元整
7. 上顎部分活動假牙。	1 萬元整	1 萬 5,000 元整
8. 下顎部分活動假牙。	1 萬元整	1 萬 5,000 元整
9. 固定式假牙(指牙冠或牙橋)	單顆 3,000 元 最多補助 10 顆	單顆 5,000 元 最多補助 3 顆
10. 活動假牙維修費	3,000	裝置假牙服務之執行單位對假牙製作及裝載後需提供一年之調整服務，以保障服務品質。

玖、其他應注意事項：

- 一、實際執行事項之受理申請方式、審核機制或流程及服務提供等事項，請依上開申請程序及流程圖之便民方式辦理。
- 二、為鼓勵各牙科醫院診所能協助推動本計畫，直轄市及縣市政府得視牙科醫院診所送件實際情形。
- 三、原民會為鼓勵各牙科醫院診所能協助推動本計畫，依本計畫資訊系統需要，將提供手寫板予使用系統線上申請之牙科醫療院所，並補貼牙科醫療院所為使用系統所生各項成本，以系統線上申請及審核假牙補助案件，並結案完成撥款者，每案件補貼新臺幣 100 元整。
- 四、直轄市及縣（市）政府應於各項宣導資料或宣導品上標示「原住民族委員會補助」及「公益彩券統一識別標誌」等字圖樣。
- 五、辦理審核檢查服務相關人員有下列各款情形之一者，應自行迴避：
 - (一)本人或其配偶、前配偶、四親等內之血親或三親等內之姻親或曾有此關係者為事件之當事人時。
 - (二)本人或其配偶、前配偶，就該事件與當事人有共同權利人或共同義

務人之關係者。

(三)現為或曾為該事件當事人之代理人、輔佐人者。

(四)於該事件，曾為證人、鑑定人者。

(五)服務對象有填報不實、隱匿事實、溢領補助或違反相關法令情事者，其所領取之補助，由直轄市及縣(市)政府以書面命本人或其法定繼承人於 30 日內返還；屆期未返還者，依法移送強制執行，涉及刑責者移送司法機關辦理。

六、申請案審核通過後，由本局以公文通知申請者與牙科醫院(診所)後，始可辦理假牙之製作及裝置作業。

七、提供之服務應包含假牙製作及裝戴、裝戴後至少一年調整服務，以保障服務品質。

八、申請本假牙補助案件，民眾得自行選擇材質，其超出補助費用部分，得由民眾自行負擔。

九、執行本計畫假牙裝置所涉爭議情事，請服務對象與健保特約牙科醫院(診所)雙方應檢具相關事證送直轄市及縣(市)政府調處。

十、服務對象如遇傷病、死亡等因素，致無法繼續完成裝置假牙，戶籍地直轄市及縣(市)政府得請牙科醫院診所檢附相關證明文件按假牙製作階段支付服務提供單位核定補助經費之比率：

補助態樣	按製作階段及核定補助經費比率
活動假牙	牙齒骨架印模：30% 完成排牙：70% 已製作完成：80%
固定式假牙	牙齒取模：35% 已製作完成：80%

十一、有關假牙裝置費用，請依所轄直轄市及縣(市)衛生局核定牙醫醫療機構收費標準表辦理。

十二、醫療費用領據(印領清冊)需附千分之四印花稅。

十三、本計畫所需經費，由原民會當年度公益彩券回饋金及新北市政府當年度公益彩券盈餘分配相關經費項下支應。

壹拾、經費概算

項目	費用	說明
製作或維修假牙費(1)	2,471,450	<ol style="list-style-type: none"> 1. 依據補助基準表樣態核定金額。 2. 成本補貼費(100元)。 3. 本市預估受惠人數計50人/次。
地方政府配合款業務費(2)	615,363	<ol style="list-style-type: none"> 1. 由牙醫師公會推薦2名牙醫師擔任專業審查工作(每件審查費1000元)。 2. 雜支費郵資及文宣等。 3. 低收、中低收、未超過最低生活費2倍者假牙補助。
合計	3,086,813	

附表 1

<input type="checkbox"/> 原住民族委員會補助原住民族長者裝置假牙申請表 <input type="checkbox"/> 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	
		身分證 字號		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	<input type="checkbox"/> 中低收	<input type="checkbox"/> 未超過最低生活費 2 倍者	
<p>本人_____茲申請<input type="checkbox"/>「原住民族委員會補助原住民族長者裝置假牙實施計畫」或<input type="checkbox"/>「新北市政府原住民族行政局 111 年度補助原住民族長者裝置假牙執行計畫」，已充分了解並符合本計畫申請補助對象資格規定，且於 111 年度同一類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。</p> <p>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。</p> <p>(如為代理申請，代理人應將表內事項詳細告知申請人)</p> <p>此致 新北市政府原住民族行政局</p> <p style="text-align: right;">申請人(代理人)簽名或蓋章：_____</p> <p style="text-align: right;">申請日期： 年 月 日</p>						

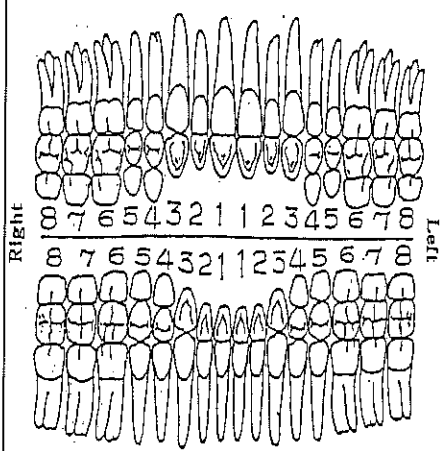
附表 2

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	
診治項目	補助態樣	
	預估單價(補助金額)	
	<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)	
	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、下顎照片各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)

負責診治 醫師簽章		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○○○字第 號函 <input type="checkbox"/> 退件(原因:) 核復公文 年 月 日○○○字第 號函	直轄市及縣(市)政府 核 章			

附表 3

原住民族委員會補助原住民族長者裝置假牙診治計畫書(二)

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(二)

醫療院所代碼：_____ 醫療院所名稱：_____

醫療院所地址：_____

裝置假牙後(術後)照片粘貼欄-

- 1、活動假牙照片：上、下顎正面照片各 1 張
- 2、口外照片：正常咬合正面照片 1 張
- 3、取模後上、下顎石膏正面照片 1 張

(可採數位照片或列印，清楚明確可辨認)

受理醫師核章		完成後 就診者簽章	
醫療院所實際完成日	年 月 日		
醫療院所 申請補助金額	新台幣 元	直轄市及縣 (市)政府核定 文 號	核復公文 年 月 日○○○字第 號函

領 據

茲收到**新北市政府原住民族行政局**撥付本院所為原住民族長者_____（身分證字號：_____）製作假牙費用，補助態樣如下：

- 上、下顎全口活動假牙
- 上顎全口活動假牙
- 下顎全口活動假牙
- 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙
- 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙
- 上、下顎部分活動假牙
- 上顎部分活動假牙
- 下顎部分活動假牙
- 固定式假牙_____顆(指牙冠或牙橋)
- 假牙維修費：
 - 假牙破裂維修費/單顎 假牙添加費/單顆
 - 假牙線(環)勾/個 假牙硬式襯底/座

裝置費用及維修費用，計新臺幣 萬 仟 佰 拾 元 整，實屬無訛。

此致

新北市政府原住民族行政局

院所名稱： (簽章)

負責人： (簽章)

院所統一編號：

地址：

電話：

匯款銀行：

匯款帳戶：

匯款帳號：

中 華 民 國 年 月 日

原住民委員會補助原住民長者裝置假牙印領清冊
 新北市政府原住民族行政局補助原住民長者裝置假牙印領清冊

編號	申請者姓名	出生日期	身分證 字號	電話	地址	補助態樣	核定經費	核定文號
合計							新臺幣	元

院所名稱：
 負責人：
 院所統一編號：
 地址：
 電話：
 匯款銀行：
 匯款帳戶：
 匯款帳號：

(簽章)
 (簽章)

附表 5

辦理原住民族長者補助裝置假牙標準作業流程圖

作業階段	作業流程	作業期限/ 權責機關
申請階段	<p>1. 民眾申請</p> <p>2. 診所或區公所受理送件</p>	<p>1. 申請人辦理事項</p> <p>2. 7天/牙科醫療院所或區公所</p>
審查暨核定階段	<p>3.1 市府原民局審查</p> <p>3.2 通知補正</p> <p>3.3 退件</p> <p>4. 新北市牙醫師公會審查</p> <p>5. 市府原民局核定</p> <p>6. 裝置假牙</p>	<p>3.1-5 14天/原民局(含新北市牙醫師公會審查7天)</p> <p>6. 3個月內/申請人與牙科醫療院所</p>
撥款	<p>7. 撥款結案</p>	<p>7. 10天/原民局</p>

附表 6

**原住民族委員會暨新北市政府原住民族行政局
辦理原住民長者補助裝置假牙補助項目及標準表**

項目	原住民族委員會	新北市政府原民局
補助類別	設籍本市年滿 55 歲以上之原住民，經醫師評估缺牙需裝置假牙者。	1. 設籍本市且年滿 55 歲以上之低收、中低收入戶原住民。 2. 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當年度最低生活費標準 2 倍者。
申請方式	檢具申請表、診治計畫書(一)，並持健保卡逕至健保特約牙科醫院(診所)或區公所申請。	檢具申請表、診治計畫書(一)、低收、中低收入戶證明證明持健保卡逕至健保特約牙科醫院(診所)或區公所申請。
1. 上、下顎全口活動假牙。	3 萬元整	4 萬元整
2. 上顎全口活動假牙。	1 萬 5,000 元整	2 萬元整
3. 下顎全口活動假牙。	1 萬 5,000 元整	2 萬元整
4. 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙。	2 萬 5,000 元整	3 萬 5,000 元整
5. 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙。	2 萬 5,000 元整	3 萬 5,000 元整
6. 上下顎部分活動假牙	2 萬元整	3 萬元整
7. 上顎部分活動假牙。	1 萬元整	1 萬 5,000 元整
8. 下顎部分活動假牙。	1 萬元整	1 萬 5,000 元整
9. 固定式假牙(指牙冠或牙橋)	單顆 3,000 元 最多補助 10 顆	單顆 5,000 元 最多補助 3 顆
10. 活動假牙維修費	3,000	裝置假牙服務之執行單位對假牙製作及裝載後需提供一年之調整服務，以保障服務品質。

原住民族委員會活動假牙維修費補助基準二

補助項目	補助態樣	補助金額	每年最高補助 金額/新臺幣
1	假牙破裂維修費/單顆	500 元	3,000 元
2	假牙添加費/單顆	500 元	
3	假牙線勾/個	500 元	
4	假牙硬式襯底/座	1,500 元	

原住民族委員會補助新北市政府原住民族行政局

111 年度辦理原住民族長者裝置假牙實施計畫

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。

新北市政府原住民族行政局敬上 聯絡電話：29603456#3970

一、基本資料：

(一) 年齡層：55-64 歲 65 歲以上

(二) 性別：男性 女性

(三) 族別：_____族

(四) 戶籍地：_____縣、市_____鄉、鎮、市、區

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

核定施作假牙時間為_____年_____月_____日（請填寫地方政府函文日期）

完成裝置假牙的日期是_____年_____月_____日

四、目前您裝置的假牙還舒適嗎？

非常舒適

舒適

沒意見

不舒適

非常不舒適

五、您覺得補助裝置假牙對您的飲食有沒有幫助？

非常有幫助

有幫助

沒意見

沒有幫助

非常沒有幫助

六、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_____

七、請問您申請假牙補助的時間是____年____月____日

核定施作假牙時間為____年____月____日（請填寫地方政府函文日期）

完成裝置假牙的日期是____年____月____日

八、目前您裝置的假牙還舒適嗎？

非常舒適

舒適

沒意見

不舒適

非常不舒適

九、您覺得補助裝置假牙對您的飲食有沒有幫助？

非常有幫助

有幫助

沒意見

沒有幫助

非常沒有幫助

十、您覺得這次申請假牙補助的手續方不方便？

非常方便

方便

沒意見

不方便

非常不方便

十一、請問您在假牙製作或維修的過程裡，自行負擔費用為何？

沒有

有，約收費_____元？

十二、您對原住民族委員會開辦原住民族長者補助裝置假牙計畫滿
不滿意？

非常滿意

滿意

- 沒意見
- 不滿意（請續答十）
- 非常不滿意（請續答十）

十三、請問您不滿意的原因是？（可複選）

- 醫院(診所)太少
- 申請程序複雜
- 口腔檢查時間太久
- 核准通知時間太久
- 其他_____

十四、建議事項：

切結書

本人_____申請「辦理原住民族長者補助裝置假牙計畫」，經新北市政府原住民族行政局____年____月____日新北原社字第_____號函，經核定補助新臺幣_____萬_____仟_____佰_____拾_____元整，本人因無力繳付該假牙裝置費用，同意將新北市政府原住民族行政局補助費用直接撥付

_____，特此切結。

此致

新北市政府原住民族行政局

具切結書人(簽章)：

身分證字號：

戶籍地址：

現居地址：

連絡電話：

中華民國_____年_____月_____日

補助原住民族長者裝置假牙之牙科醫療院所意願調查表

貴牙科醫療院所您好：感謝撥冗填寫這份調查表，這份調查主要是想瞭解貴牙科醫療院所有無意願協助配合辦理補助原住民族長者裝置假牙，請依相關題項進行填答，以及於內打✓。在此感謝貴牙科醫療院所的協助與配合。敬祝身體健康、平安如意。

新北市政府原住民族行政局敬上 聯絡電話：0229603456#3970

一、牙科醫療院所基本資料

(一)醫療院所代碼：_____。

(二)醫療院所名稱：_____。

(三)醫療院所電話：_____。

(四)醫療院所地址：_____。

二、意願調查情形

(一)「有」意願協助配合辦理補助原住民族長者裝置假牙。

【請接續回答三】

*有意願之牙科醫療院所，將後續寄送補助原住民族長者裝置假牙圖像靜電貼紙。

(二)「無」意願協助配合辦理補助原住民族長者裝置假牙。

三、申請補助原住民族長者裝置假牙線上審核系統之手寫板1台

(一)是。*後續本局將與貴牙科醫療院所聯繫。

(二)否。

中華民國 年 月 日

