

正本

檔 號：

保存年限：

收文日期	109. 6. 9
編 號	3164

新北市政府原住民族行政局 函

地址：22043新北市板橋區中山路1段161號26樓
(西側)

承辦人：顏達夫

電話：(02)29603456 分機3964

傳真：(02)29601121

電子信箱：AP9702@ntpc.gov.tw

22069

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109年6月5日

發文字號：新北原社字第1091045166號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明一、二

主旨：檢送「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計畫」實施計畫1份，惠請貴會協助轉知新北市境內各牙科醫療院所，請查照。

說明：

一、依據原住民族委員會(下稱原民會)109年4月29日原民社字第1090025475號函辦理(附件1)。

二、旨揭補助類別及最高補助金額如下：

(一)申請本局補助者，最高補助4萬元。

1、設籍新北市(下稱本市)一年以上且年滿五十五歲以上之原住民長者，經醫師評估缺牙需裝置假牙者，並符合低收入戶、中低收入戶或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。

2、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。

(二)申請原民會補助者，最高補助3萬元。

1、設籍本市且年滿五十五歲以上之原住民長者，經醫師

評估缺牙需裝置假牙者。

2、設籍本市且年滿五十五歲以上之原住民長者，回溯本(109)年1月1日起已逕向牙科醫療院所申請裝置假牙，並於本計畫函頒前已完成裝置假牙者或本計畫函頒時尚未完成裝置假牙者。

三、請新北市境內牙科醫療院所依旨揭計畫內容(附件2)，協助民眾收件，並將申請人全案相關資料親送或郵寄至新北市政府原住民族行政局辦理資格審查及專業審查，核定後，本局將函知申請人及收受申請案件之牙科醫療院所，收受核定函後即可開始辦理假牙裝設，完成後，再將全案相關資料親送或郵寄至本局辦理撥款作業，合先敘明。

四、若申請人戶籍地非新北市，牙科醫療院所同樣需收件，並將全案資料郵寄至申請人戶籍地之縣(市)政府續處相關事宜。

五、惟撥款方式較以往不同，裝設假牙所需醫療費用，將由牙科醫療院所代付，後由本局將補助經費逕匯至牙科醫療院所出具之領據或印領清冊所填寫之金融帳戶。

六、牙科醫療院向本局請款，需檢具以下資料：

(一)診治計畫書(二)。

(二)領據(一)(僅填寫「表3」之申請者需附)。

(三)印領清冊或領據(二)(僅填寫「表1或表2」之申請者需附)。

(四)醫療收據(需黏貼千分之4印花稅)。

正本：社團法人新北市牙醫師公會

副本：

局長 羅美菁

檔 號：
保存年限：

原住民族委員會 函

地址：24220新北市新莊區中平路439號北棟15F
承辦人：林江琪
聯絡電話：02-89953170
電子郵件：gtroui4642@apc.gov.tw
傳真：02-85211651

受文者：新北市政府

發文日期：中華民國109年4月29日

發文字號：原民社字第1090025475號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨(109D016450_109D2009628-01.pdf、109D016450_109D2009629-01.pdf)

主旨：檢送「109年度補助原住民族長者裝置假牙實施計畫」及經費分配表各1份，請於本計畫函頒日起20日內完成申請作業，請查照。

說明：

- 一、依據本會109年度補助原住民族長者裝置假牙實施計畫辦理。
- 二、請貴府依旨揭計畫內容提送計畫申請表、執行計畫書及領據向本會提出申請，俾保障原住民族長者福利權。
- 三、本計畫經費採代收代付原始憑證留存受補助機關方式辦理，分2期撥付，經費請款請參閱計畫第陸點；另補助款應專款專用支付於製作或維修假牙費用及業務費，不得移作他用，並需按核定計畫內容切實執行，不得任意調整，其中業務費可勻支作為製作或維修假牙費用，惟製作或維修假牙費用不可勻支作業務費。
- 四、請儘速完成相關前置作業，包含與府內社會處及民政處、牙醫師公會或其他相關單位確認分工權責，及調查確認所轄牙科醫院診所承作意願等，俾能順利推動本計畫。
- 五、另為配合嚴重特殊傳染性肺炎疫情防治，防疫期間減少原住民族長者出入醫療院所，以降低接觸傳染風險，並視中

顏達夫

原住民族行政局



1090785744

(2020/04/29)

央疫情指揮中心評估疫情穩定後再辦理擴大宣導周知。

六、請依「政府會計憑證保管調案及銷毀應行注意事項」妥善
保管各項原始憑證，以備查核。

正本：各縣市政府

副本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會(含附件)、各縣市牙醫師公會、本會
社會福利處(含附件)

交換戳記
109/04/29 16:27



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計畫

109年6月3日核定

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，是以新北市政府透過假牙裝置補助計畫，減輕原住民老人經濟負擔，並回復正常人際互動關係，進而改善原住民老人生活品質。

貳、指導機關：原住民族委員會(以下簡稱原民會)及新北市政府。

主辦機關：新北市政府原住民族行政局(以下簡稱新北市政府原民局)。

執行單位：新北市牙醫師公會(以下簡稱牙醫師公會)、新北市境內全民健康保險特約之公私立牙科診所(以下簡稱牙科醫療院所)。

參、補助類別及最高補助金額：

一、申請新北市政府原民局補助者，最高補助四萬元

(一)設籍新北市(以下簡稱本市)一年以上且年滿五十五歲以上之原住民長者，經醫師評估缺牙需裝置假牙者，並符合低收入戶、中低收入戶或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。

二、申請原民會補助者，最高補助三萬元

(一)設籍本市且年滿五十五歲以上之原住民長者，經醫師評估缺牙需裝置假牙者。

(二)設籍本市且年滿五十五歲以上之原住民長者，回溯本(109)年1月1日起已逕向牙科醫療院所申請裝置假牙，並於本計畫函頒前已完成裝置假牙者或本計畫函頒時尚未完成裝置假牙者。

肆、申請及補助方式

一、申請者向牙科醫療院所進行口腔篩檢，並檢附相關證明文件：

(一)申請新北市政府原民局補助者：

1、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申請表(表1)。

2、補助類別之證明文件：

(1)低收入戶證明、中低收入戶證明。

(2)全戶戶籍謄本及戶籍內成員所得證明(每人每月未超過本市當年度最低生活費標準二倍者)。

(3)醫療院所出具之裝置假牙診治計畫書(一)(附件二)。

(二)申請原民會補助者：

1、本計畫函頒後申請者：

(1)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申請表(表2)。

(2)牙科醫療院所出具之裝置診治計畫書(一)(附件二)。

(3)註記原住民身分之戶籍謄本或戶口名簿。

2、本計畫函頒前申請者(回溯本{109}年1月1日起至函頒日為止，已裝置假牙完成者)：

(1)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申請表(表3)。

(2)領據(一)(附件四)。

(3)註記原住民身分之戶籍謄本或戶口名簿。

(4)牙科醫療院所開立之診斷證明。

(5)病歷表。

二、辦理假牙裝置受理之牙科醫療院所進行口腔篩檢，並擬具診治計畫，於完成口腔篩檢後檢具下列資料，向新北市政府原民局提出裝置假牙申請，經資格審查通過後，再送牙醫師公會辦理專業審查，通過後由牙醫師公會郵寄或親送新北市政府原民局核定，全案資料如下：

(一)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申請表(表1或表2或表3)。

(二)牙科醫療院所出具之裝置假牙診治計畫書(一)(附件二)。

(三)低收入戶證明、中低收入戶證明或申請者全戶戶籍謄本及戶籍內成員所得證明(僅填寫「表1」之申請者者需附)。

三、申請人需於收受新北市政府原民局核定補助公文後三個月內完成假牙裝置。完成後，牙科醫療院所向新北市政府原民局辦理請款，並檢附相關資料：

(一)新北市政府原住民族行政局核准公文影本。

(二)裝置假牙診治計畫書(二)(附件三)。

(三)領據(一)(僅填寫「表3」之申請者者需附)(附件四)。

(四)領據(二)或印領清冊(附件五、六)。

(五)醫療收據(黏貼千分之4印花稅)。

伍、補助項目及費用(對照表詳如附件一)

一、新北市政府原民局部分：

- (一) 全口活動假牙：最高補助4萬元整。
- (二) 上顎半口活動假牙：最高補助2萬元整
- (三) 下顎半口活動假牙：最高補助2萬元整。
- (四) 上顎半口活動假牙，併下顎部分活動假牙：最高補助3萬5千元整。
- (五) 下顎半口活動假牙，併上顎部分活動假牙：最高補助3萬5千元整。
- (六) 上顎或下顎部分活動假牙：最高補助1萬5千元。
- (七) 上顎部分活動假牙：最高補助1萬5千元。
- (八) 下顎部分活動假牙：最高補助1萬5千元。
- (九) 固定式假牙(指牙冠或牙橋)：單顆最高補助5千元，最多以補助3顆為限。
- (十) 申請本假牙補助案件，超出費用部分，由申請人自費辦理。

二、原民會部分：

- (一)全口活動假牙：最高補助3萬元整。
- (二)上顎半口活動假牙：最高補助1萬5千元整。
- (三)下顎半口活動假牙：最高補助1萬5千元整。
- (四)上顎半口活動假牙，併下顎部分活動假牙：最高補助2萬5千元整。
- (五)下顎半口活動假牙，併上顎部分活動假牙：最高補助2萬5千元整。
- (六)上顎或下顎部分活動假牙：最高補助2萬元。

(七)上顎部分活動假牙：最高補助1萬元。

(八)下顎部分活動假牙：最高補助1萬元。

(九)固定式假牙(指牙冠或牙橋)：單顆最高補助3千元，最多以補助10顆為限。

(十)活動假牙維修費：3千元。

(十一)申請本假牙補助案件，超出費用部分，由申請人自費辦理。

陸、其他

- 一、同一牙位已申請本補助者，固定假牙自當年起五年內不得再次申請本補助，活動假牙自當年起二年內不得再次申請本計畫補助。
- 二、受補助者因裝置假牙所涉爭議情事，由本市醫事審議委員會進行醫療爭議調處。
- 三、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。
- 四、新北市政府原民局得隨時抽查申請補助類別、製作醫院或診所相關資料，申請人、醫院或診所如有填報不實、隱匿事實、溢領補助或違反相關法令情事者，其所領取補助，應予返還，涉及刑責者移送司法機關辦理。
- 五、本計畫所需經費，由原民會109年度公益彩券回饋金及新北市政府原民局公益彩券盈餘分配相關經費項下支應。
- 六、經費用罄時，將公告不再受理申請。

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流程圖

申請

申請者攜帶健保卡前往牙科醫療院所申請，並檢具下列資料：

1. 申請表(表1、表2及表3，擇一填寫)。
2. 註記原住民身分之戶口名簿或戶籍謄本(僅填寫「表1」之申請者需附)。

資料送審

牙科醫療院所檢具以下資料郵寄或親送至新北市政府原民局：

1. 申請書(表1或表2或表3)。
2. 診治計畫書(一)(附件一)。
3. 註記原住民身分之申請者戶籍謄本。

填寫「表1」之申請者：列冊低收入證明、中低收入戶證明或註記原住民身分之全戶戶籍謄本及戶籍內成員之所得證明。

審查(14日內)

1. 資格審查：新北市政府原民局收件後完成上項送審資料的資格審查。
2. 專業審查：符合者，新北市政府原民局將相關資料函送本市牙醫師公會辦理專業審查。

資格不符者
函文退件

缺件者
退請補

核定及製作

新北市政府原民局函知申請者及牙科醫療院所核定補助後，牙科醫療院所即開始裝置或維修假牙，並於文到三個月內完成假牙裝設。

請款

牙科醫療院所向新北市政府原民請款，並檢具以下資料：

1. 診治計畫書(二)(附件三)。
2. 領據(一)(僅填寫「表3」之申請者需附)(附件四)。
3. 印領清冊或領據(二)(僅填寫「表1或表2」之申請者需附)(附件五、六)。
4. 醫療收據(黏貼千分之4印花稅)。

撥款

新北市政府原民局收冊後10日內完成撥款作業。

表1

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申請表

(每人每月平均所得未超過最低生活費2倍者)

收件日期： 年 月 日

申請人基本資料	姓名		性別		族別	
	身分證 統一編號		連絡電話			
	通訊地址					
	申請補助金額		篩檢醫療 院所名稱			
福利身分	<input type="checkbox"/> 低收入戶	<input type="checkbox"/> 中低收入戶	<input type="checkbox"/> 無(由原民局核定)			
申請補助應備文件	<input type="checkbox"/> 新北市政府原民局辦理原住民長者補助裝置假牙申請表。 <input type="checkbox"/> 牙科醫療院所出具之裝置假牙診治計畫書(一)。 <input type="checkbox"/> 註記原住民身分之全戶戶籍謄本及戶籍內成員所得證明或低收、中低收入戶證明。					
切結書	<p>本人(申請人)_____茲申請新北市政府辦理原住民老人補助裝置假牙，本人已充分了解並符合本計畫申請補助類別資格規定，且未於2年內領有相同補助，或其他政府機關所辦假牙計畫之補助。</p> <p>本人上述所填各項資料均完全屬實，並同意提供新北市政府原民局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</p> <p>新北市政府原民局</p> <p style="text-align: right;">申請人(代理人)簽章：_____</p> <p style="text-align: right;">申 請 日 期： 年 月 日</p>					

表2

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申請表

(設籍本市並年滿55歲以上之原住民長者)

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
		身分證統一編號		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：				
應備文件	<input type="checkbox"/> 新北市政府原民局辦理原住民長者補助裝置假牙申請表。 <input type="checkbox"/> 註記原住民身分戶口名簿或戶籍謄本。 <input type="checkbox"/> 牙科醫療院所出具之裝置假牙診治計畫書(一)(附件二)。					
<p>本人(申請人)_____茲申請新北市政府辦理原住民老人補助裝置假牙，本人已充分了解並符合本計畫申請補助類別資格規定，且未於2年內領有相同補助，或其他政府機關所辦假牙計畫之補助。</p> <p>本人上述所填各項資料均完全屬實，並同意提供新北市政府原民局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 style="text-align: center;">此致</p> <p style="text-align: center;">新北市政府原住民族行政局</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">申請人(代理人)簽章：_____</p> <p style="text-align: right;">申 請 日 期： 年 月 日</p>						

表3

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申請表

(回溯至本年1月1日起至函頒日為止，已裝置假牙完成者)

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
		身分證統一編號		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：				
應備文件	<input type="checkbox"/> 新北市政府原民局辦理原住民長者補助裝置假牙申請表。 <input type="checkbox"/> 領據(一)。 <input type="checkbox"/> 牙科醫療院所開立之診斷證明。 <input type="checkbox"/> 病歷表。 <input type="checkbox"/> 註記原住民身分之戶口名簿或戶籍謄本。					
<p>本人(申請人)_____茲申請新北市政府辦理原住民老人補助裝置假牙，本人已充分了解並符合本計畫申請補助類別資格規定，且未於2年內領有相同補助，或其他政府機關所辦假牙計畫之補助。</p> <p>本人上述所填各項資料均完全屬實，並同意提供新北市政府原民局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</p> <p>新北市政府原住民族行政局</p> <p style="text-align: right;">申請人(代理人)簽章：_____</p> <p style="text-align: right;">申請日期：_____年 月 日</p>						

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	原民會	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. 戶籍內成員平均所得未超過政府規定每人每月最低生活費 2 倍者。
申請方式	1. 檢具申請表(表 2)、診治計畫書(一)(附件二)，並持健保卡逕至牙科醫療院所申請。	1. 檢具申請表(表 1)、診治計畫書(一)及低收、中低收入戶證明證明或核准公文並持健保卡逕至牙科醫療院所申請。
1. 全口活動假牙。	3 萬	4 萬
2. 上顎半口活動假牙。	1 萬 5,000	2 萬
3. 下顎半口活動假牙。	1 萬 5,000	2 萬
4. 上顎半口活動假牙，併下顎部分活動假牙。	2 萬 5,000	3 萬 5,000
5. 下顎半口活動假牙，併上顎部分活動假牙。	2 萬 5,000	3 萬 5,000
6. 上顎半口活動假牙，併下顎部分活動假牙。	2 萬 5,000	3 萬 5,000
7. 上顎部分活動假牙。	1 萬	1 萬 5,000
8. 下顎部分活動假牙。	1 萬	1 萬 5,000
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。

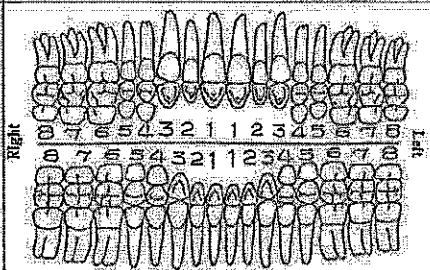
附件二

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診治計畫書(一)

醫療院所代碼：_____ 醫療院所名稱 _____

醫療院所地址：_____

填表日期： 年 月 日		就 診 者 基 本 資 料			
姓 名	出生日期： 年 月 日		緊急 聯絡人	姓名	
	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			電話	
身分證 統一編 號			電話	手機	
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	
補助樣態					單 價
診治 項目	1	<input type="checkbox"/> 上、下顎全口活動假牙			
	2	<input type="checkbox"/> 上顎全口活動假牙			
	3	<input type="checkbox"/> 下顎全口活動假牙			
	4	<input type="checkbox"/> 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙			
	5	<input type="checkbox"/> 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙			
	6	<input type="checkbox"/> 上、下顎部分活動假牙			
	7	<input type="checkbox"/> 上顎部分活動假牙			
	8	<input type="checkbox"/> 下顎部分活動假牙			
	9	<input type="checkbox"/> 固定式假牙(指牙冠或牙橋) _____ 顆(至多 10 顆)			
	10	活動假牙 維 修	10-1	<input type="checkbox"/> 假牙破裂維修費/單顆	
10-2			<input type="checkbox"/> 假牙添加費/單顆		
10-3			<input type="checkbox"/> 假牙線勾/個		
10-4			<input type="checkbox"/> 假牙硬式襯底/座		
合計預估經費					

預計診治步驟詳細說明			繪圖(缺牙處請打X)	
				
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)

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 1 張			
3、口外照片全臉 1 張			
(可採數位照片或列印，全彩清楚明確可辨認)			
牙醫師公會審核	<input type="checkbox"/> 通過	(審核之牙醫師簽名)	(公會章)
	<input type="checkbox"/> 退件(原因；		
新北市政府原民局 審 核	<input type="checkbox"/> 通過	新北市政府 原民局 核 章	
	核復公文 年 月 日 _____ 字第 _____ 號函		
	<input type="checkbox"/> 退件		
	核復公文 年 月 日 _____ 字第 _____ 號函		

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 1 張
- 3、口外照片全臉 1 張

(可採數位照片或列印，全彩清楚明確可辨認)

裝置假牙後(術後)照片粘貼欄-

- 1、取模後上、下顎石膏正面照片各 1 張
- 2、蠟體及排牙完成後，需上咬合器，正面正常咬合照片 1 張
- 3、活動假牙照片：上、下顎正面照片各 1 張
- 4、口外照片：全臉正常咬合正面照片 1 張

(背面續填)

<p style="text-align: center;">(可採數位照片或列印，全彩清楚明確可辨認)</p>	<p style="text-align: center;">(可採數位照片或列印，全彩清楚明確可辨認)</p>
--	--

(可採數位照片或列印，全彩清楚明確可辨認)

受理醫師核章 <small>醫師</small>				
醫療院所實際完成日	年 月 日	完成後 就診者簽章 <small>(簽名或蓋章或捺指印)</small>		
牙科醫療院所 申請補助金額	新臺幣 元	新北市政府 原民局 核定文號	核復公文 年 月 日 字第 號函	

附件四

領 據(一)

茲收到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費用，

補助態樣如下：

- 1 上、下顎全口活動假牙
- 2 上顎全口活動假牙
- 3 下顎全口活動假牙
- 4 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙
- 5 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙
- 6 上、下顎部分活動假牙
- 7 上顎部分活動假牙
- 8 下顎部分活動假牙
- 9 固定式假牙_____顆(指牙冠或牙橋)
- 10 假牙維修費：
 - 10-1 假牙破裂維修費/單顆
 - 10-2 假牙添加費/單顆
 - 10-3 假牙線(環)勾/個
 - 10-4 假牙硬式襯底/座

此致

新北市政府原民局

具領人： (簽章)
戶籍地址：
身分證統一編號：
匯款銀行：

附件五

領 據(二)

茲收到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，撥付本院所為

原住民長者_____ (身分證統一編號：_____)製作假牙費用，

計新臺幣 萬 仟 佰 拾元整，實屬無訛。補助態樣如下：

- 1 上、下顎全口活動假牙
- 2 上顎全口活動假牙
- 3 下顎全口活動假牙
- 4 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙
- 5 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙
- 6 上、下顎部分活動假牙
- 7 上顎部分活動假牙
- 8 下顎部分活動假牙
- 9 固定式假牙_____ 顆(指牙冠或牙橋)
- 10 假牙維修費：
 - 10-1 假牙破裂維修費/單顆
 - 10-2 假牙添加費/單顆
 - 10-3 假牙線(環)勾/個
 - 10-4 假牙硬式襯底/座

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：

附件六

新北市政府原民局辦理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 統一編號	電話	地址	補助樣態 (依編號填寫)	核定經費	核定文號
合計							新臺幣	元

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：