

正本

檔 號：  
保存年限：

收文日期	109.11.19
編 號	3862

## 新北市政府衛生局 函

地址：22006新北市板橋區英士路192-1號4樓  
承辦人：張語嫣  
電話：(02)22577155 分機1753  
傳真：(02)22585006  
電子信箱：AP2383@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11月17日  
發文字號：新北衛健字第10921789271號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：計畫書及服務契約書各1份

主旨：敬請貴公會轉知所屬會員加入本局「新北市身心障礙口腔照護補助計畫」之特約醫療院所，以嘉惠設籍本市民眾，如蒙惠允，請查照。

說明：

- 一、為提供本市未滿12歲身心障礙或發展遲緩兒童、12歲至未滿65歲中低收入戶身心障礙者及12歲至未滿60歲低收入戶身心障礙者口腔衛教及專業口腔照護，110年度續辦旨揭計畫，相關內容如附件，敬請貴公會轉知所屬會員一同加入。
- 二、檢附旨揭計畫書及契約書各1份，為簡化往例每2年進行簽約之作業程序，110年度起改為簽訂長期契約。特約醫療院機構需填妥相關表單後，連同用印契約書一式2份、教育訓練證明文件、身心障礙口腔照護補助醫療機構聯絡資訊暨看診時間表及醫療機構帳戶影本一併函送本局。

正本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、社團法人新北市牙醫師公會、社團法人台北市牙醫師公會、社團法人基隆市牙醫師公會、社團法人桃園市牙醫師公會

副本：

局長 陳潤秋 請假  
副局長 高淑真 代行



## 新北市身心障礙口腔照護補助計畫

### 壹、現況及問題：

根據國民健康署身心障礙者口腔健康照護政策報告，本國身心障礙兒童齲齒率高達 90%。身心障礙或發展遲緩特殊兒童，往往可能因其父母認知不足而疏於口腔保健、或是兒童本身排斥刷牙、缺乏妥善治療齲齒及牙科專業醫療資源等，加上普遍基層診所會排拒醫治這類孩童，致使這類兒童口腔照顧不足，爰此，身心障礙兒童的口腔照護需求實刻不容緩。

身心障礙者較一般人缺乏足夠的口腔健康照護，有較多未治療的齲齒，牙周狀況也較差，缺牙情形嚴重，甚至全口無牙狀況普遍。依據衛生福利部統計處資料顯示，本市 108 年身心障礙人口達 16 萬 9,935 人，其中未滿 12 歲身心障礙兒童 3,391 人，12 至未滿 65 歲身心障礙者 5 萬 8,398 人；另依衛生福利部統計處身心障礙者生活補助資料，本市 108 年符合中低收入戶身心障礙者 3 萬 127 人次，低收入戶身心障礙者 9 萬 5,595 人次。

為解決身心障礙者口腔健康問題，使其恢復口腔正常運作功能、促進身心正常健康發展，並加強其口腔健康知能，提升生活品質，本市自 100 年起，利用社會福利及牙科醫療資源，積極推動身心障礙口腔保健照護補助計畫，截至目前為止，本市已有 3,777 位身心障礙者及其家庭受益。

## 貳、實施策略與進行步驟：

### 一、對象：

- (一) 設籍本市之未滿 12 歲身心障礙或經發展遲緩兒童評估鑑定醫院確診為發展遲緩者。
- (二) 設籍本市之 12 至未滿 65 歲中低收入戶身心障礙者或 12 至未滿 60 歲低收入戶身心障礙者。

### 二、實施策略及進行步驟：

實施策略	進行步驟
(一) 提供身心障礙者便利的專業牙科醫療網絡	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 徵求大臺北地區符合資格之醫療機構，設立特殊需求者牙科醫療門診，提供本市身心障礙者適當口腔健康檢查、口腔疾病治療及衛生保健教育服務工作。</li> <li>2. 申請加入本案醫療機構及醫師資格： 身心障礙者特別門診須由接受 6 學分以上身心障礙相關教育訓練之醫師所開設看診。</li> </ol>
(二) 提供未滿 12 歲身心障礙或發展遲緩兒童口腔照護服務	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 結合特殊需求者牙科醫療門診提供口腔衛生教育服務。</li> <li>2. 依據「新北市未滿 12 歲身心障礙或發展遲緩兒童口腔照護補助項目及費用一覽表」(附表一)補助已有齲齒之身心發展遲緩兒童適當牙科醫療服務。</li> </ol>
(三) 提供 12 至未滿 65 歲中低收入戶身心障礙者或 12 至未滿 60 歲低收入戶身心障礙者口腔照護服務	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 結合特殊需求者牙科醫療門診，提供個案完善口腔疾病治療、口腔衛生教育及假牙補助服務。</li> <li>2. 依據「新北市 12 至未滿 65 歲中低收入戶身心障礙者或 12 至未滿 60 歲低收入戶身心障礙者口腔照護補助計畫項目及費用一覽表」(附表二)提供假牙製作完成個案正確口腔保健及假牙清潔技巧。</li> </ol>
(四) 發放宣傳單張於本市衛生所、區公所及本計畫特約機構、本市早療鑑定醫院	製作單張發放，使符合資格的民眾了解口腔照護補助的福利。

### 三、醫療機構加入本計畫應備文件

- (一) 醫療機構申請加入本計畫之醫師需有身心障礙相關教育訓練6學分以上證明文件。
- (二) 服務契約書一式2份。
- (三) 身心障礙口腔照護補助醫療機構聯絡資訊暨看診時間表。
- (四) 醫療機構帳戶影本。

### 四、醫療機構申請流程、注意事項及核銷應備文件：

#### (一) 申請個案應備文件(初診須攜帶以下正本文件供醫療機構查驗)

##### 1. 未滿12歲身心障礙或發展遲緩兒童

- (1) 健保卡正面影本
- (2) 身心障礙手冊正、反面影本或早期療育評估報告書(須在有效期限內)
- (3) 切結書(格式如附件1)

##### 2. 12至未滿65歲中低收入戶身心障礙者或12至未滿60歲低收入戶身心障礙者

- (1) 國民身分證正、反面影本
- (2) 身心障礙手冊正、反面影本(須在有效期限內)
- (3) 中低收或低收入戶證明(須在有效期限內)
- (4) 切結書

#### (二) 注意事項：

1. 初次就診時，個案需攜帶證明文件正本，供醫療機構查驗，並繳交相關證明文件，當次文件攜帶不齊全無法申請本補助。
2. 醫療特約機構應於個案初診時 **1週內** 依據申請項目一覽表，於本局健康管理系統線上填報申請書，並上傳相關資格證明文件、切結書及治療前張口照片 2-4 張(為治療牙位之彩色且清晰照片)：

(1) 未滿12歲身心障礙或發展遲緩兒童，補助金額每年每案最高新臺幣2萬元。

(2) 12至未滿65歲中低收入戶身心障礙者，補助金額每年每

案最高新臺幣 2 萬元；12 至未滿 60 歲低收入戶身心障礙者，補助金額每年每案最高新臺幣 4 萬元。

3. 12 至未滿 65 歲中低收入戶身心障礙者或 12 至未滿 60 歲低收入戶身心障礙者同一牙位已申請補助者，固定假牙自當年度起 5 年內不得再次申請本補助，活動假牙自當年度起 2 年內不得再次申請本補助。
4. 裝置假牙服務提供單位對活動假牙製作及裝戴、裝戴後需提供 1 年之調整服務，以保障服務品質，調整服務本局不予以補助。
5. 申請個案補助如未能於本局核准後 6 個月內完成假牙裝置，得延長 1 次，並以 3 個月為限。
6. 如取消申請個案補助，以電子郵件、傳真或線上系統上傳取消申請書(附件 4)予本局，同一年連續取消 2 次，第 3 次則不予補助且次年停止申請 1 年(1 年之定義為公文核准日期起算 1 年)。
7. 每位申請個案皆須指導口腔衛生教育，且 1 年最多申請 1 次，每次至少 15 分鐘以上。本項目須拍攝 1-2 張彩色且清晰照片貼至「口腔衛生教育紀錄表」(附件 2)及請個案填寫「接受口腔衛生教育後問卷」(附件 3)，並將紀錄表及問卷上傳於本局線上系統；如未提供口腔衛生教育服務，則其他項目一律不得申請。
8. 切結書(附件 1)應予申請人(如未成年者可由家長代理)親自簽名，並上傳至線上系統。
9. 醫療機構應施行項目如下：
  - (1) 未滿 12 歲身心障礙或發展遲緩兒童全身麻醉進行治療者，拍攝口腔治療前及治療後彩色且清晰照片各 2-4 張；若無麻醉者，則口腔治療後照片 2-4 張。
  - (2) 12 至未滿 65 歲中低收入戶身心障礙者或 12 至未滿 60 歲低收入戶身心障礙者之活動假牙拍攝照片，需含「口內裝上」及「口外單獨」照片至少各 1 張；鑄心則為裝

置前或術後 X 光至少 1 張。

(3) 病歷須符合標準病歷規格，詳載每次就診日期時間、個案基本資料、口腔檢查紀錄、牙醫醫學詞彙、代碼、診斷、治療計畫、處置內容、牙位及醫師簽章；如使用系統性全身麻醉之手術應含麻醉紀錄及手術紀錄。

10. 身心障礙假牙補助費用核付表暨收據及個案明細報表應由線上系統下載列印紙本提送本局辦理核銷。**收據切勿塗改，切結書及個案明細報表如有塗改，請務必於塗改處核章。**

11. 申請者因故(中斷原因為醫療院所不可抗力之因素)致無法完成治療期程，其包含申請者 9 個月內無至醫療院所進行任何治療或申請者回原申請醫院填寫取消申請書(該支出成本會扣除當年度申請者之額度)，經本局委員審查通過後，補助標準如下：

(1) 活動假牙：

甲、 牙齒骨架印模：最高補助 35%。

乙、 完成排牙：最高補助 70%。

丙、 活動假牙已製作完成：最高補助 80%。

(2) 固定假牙：

甲、 牙齒取模：最高補助 35%。

乙、 假牙已製作完成：最高補助 80%。

12. 未通過之項目不得執行，若需執行請事先提出申請；如需更改補助項目及費用，請儘快向本局重新提出申請，經審查通過後方能執行。

13. 本局對於辦理本計畫之特約醫療機構得不定期實施查核與輔導，經查若有以虛偽之證明、報告及其他不正當行為取得本補助款或超收費用者，特約機構應繳回本補助款或將超收費用返還個案，且本局得終止契約，涉及刑責者移送司法機關。

(三) 檢送核銷文件(請於線上系統下載)：

1. 費用核付表暨收據

(1)收據請款總金額由系統自動產生，請於系統詳實填寫基本資料，包括：單位名稱、聯絡電話、統一編號、地址、匯款銀行名稱、分行別及匯款帳號。

(2)收據加蓋乙方負責人印章及機構關防(同契約書所蓋之章戳)。

(3)須附千分之四印花稅(請黏貼於收據背面)。

## 2. 個案明細報表

(四) 若線上系統故障，另以公文通知申請、送審及核銷方式。

附表一

新北市未滿 12 歲身心障礙或發展遲緩兒童口腔照護補助項目及費用一覽表

◎各項補助經費實報實銷不得超過下表額度（並排除健康保險給付項目）

◎每案補助金額每年以新臺幣 2 萬元為最高

項目名稱及代碼	金額 (元)	說明
C 1 - 空間維持器	5,000	特殊兒童口腔照護補助費用
C 2 - 防蛀封劑（每齒）	500	特殊兒童口腔照護補助費用 ◎已蛀牙或已申請健保「填補」 項目之牙位不適用本項目
C 3 - 不銹鋼牙冠（每齒）	3,000	特殊兒童口腔照護補助費用
C 4 - 成型乳門牙透明牙套（每齒）	3,000	特殊兒童口腔照護補助費用
C 5 - 個案行為處理費（每次）	500	特殊兒童口腔照護補助費用
C 7 - 指導口腔衛生教育（每次）	250	◎每次至少 15 分鐘以上，需拍照 證明（最少一張）。 ◎1 年最多申請 1 次。

◎ 個案須於初診時攜帶健保卡及身障手冊正本供醫療機構查驗。



附表二

新北市 12 至未滿 65 歲中低收入戶身心障礙者或 12 至未滿 60 歲低收入戶身心障礙者  
口腔照護補助計畫項目及費用一覽表

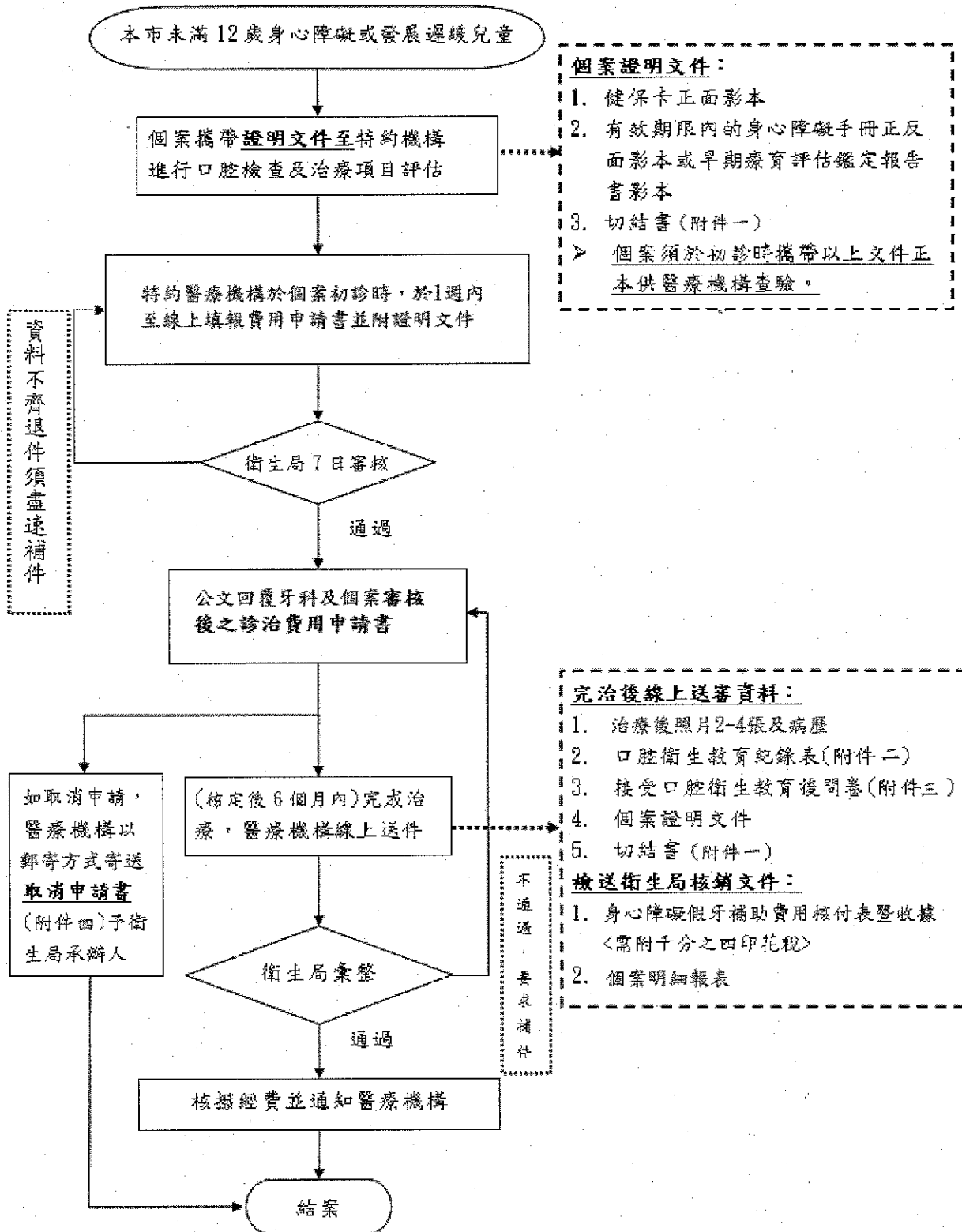
- ◎ 各項補助經費實報實銷不得超過下表額度（並排除健康保險給付項目）
- ◎ 中低收入戶每年補助金額以 2 萬元為最高
- ◎ 低收入戶每年補助金額以 4 萬元為最高

補助項目		代碼	經費	說明	
指導口腔衛生教育(至少 15 分鐘)		C7	250	◎每次至少 15 分鐘以上，需拍照證明(最少一張)。 ◎1 年最多申請 1 次。	
牙周骨膜翻開術後	牙周組織引導再生術 (骨粉、再生膜)	E1	8,000	◎1 年最多申請 2 次 ◎免檢附治療前後照片	
固定假牙 (5 年內相同牙位不得再次申請)	鑄心	A1	1,250	需於假牙裝置前拍攝鑄心照或於術後附上 X 光片	
	金屬鑄造冠	A2	5,000		
	金屬瓷冠	A	7,000		
活動假牙 (2 年內相同牙位不得再次申請)	全 顎 缺 牙 活 動 假 牙	雙顎	B1	40,000	
		單顎	B2	20,000	
	部 分 缺 牙 活 動 假 牙	4 顆以下	B3	15,000	5 顆以上每多 1 顆牙加 1,000 元，總價以 20,000 元為上限。 (5 顆 16,000、6 顆 17,000、7 顆 18,000、8 顆 19,000、9 顆 20,000)
		5 顆以上	B4	20,000	
牙冠加長術	牙冠加長術 3 分之 1 顎	D1	6,000	需檢附 X 光片等佐證資料	
	4~6 齒	D2	8,000		

- ◎ 個案須於初診時攜帶身分證及身障手冊正本供醫療機構查驗
- ◎ 活動假牙製作流程須具備：初模-印模-試戴修調-完成

**新北市身心障礙口腔照護補助計畫  
未滿12歲身心障礙或發展遲緩兒童  
申請流程圖**

附表三

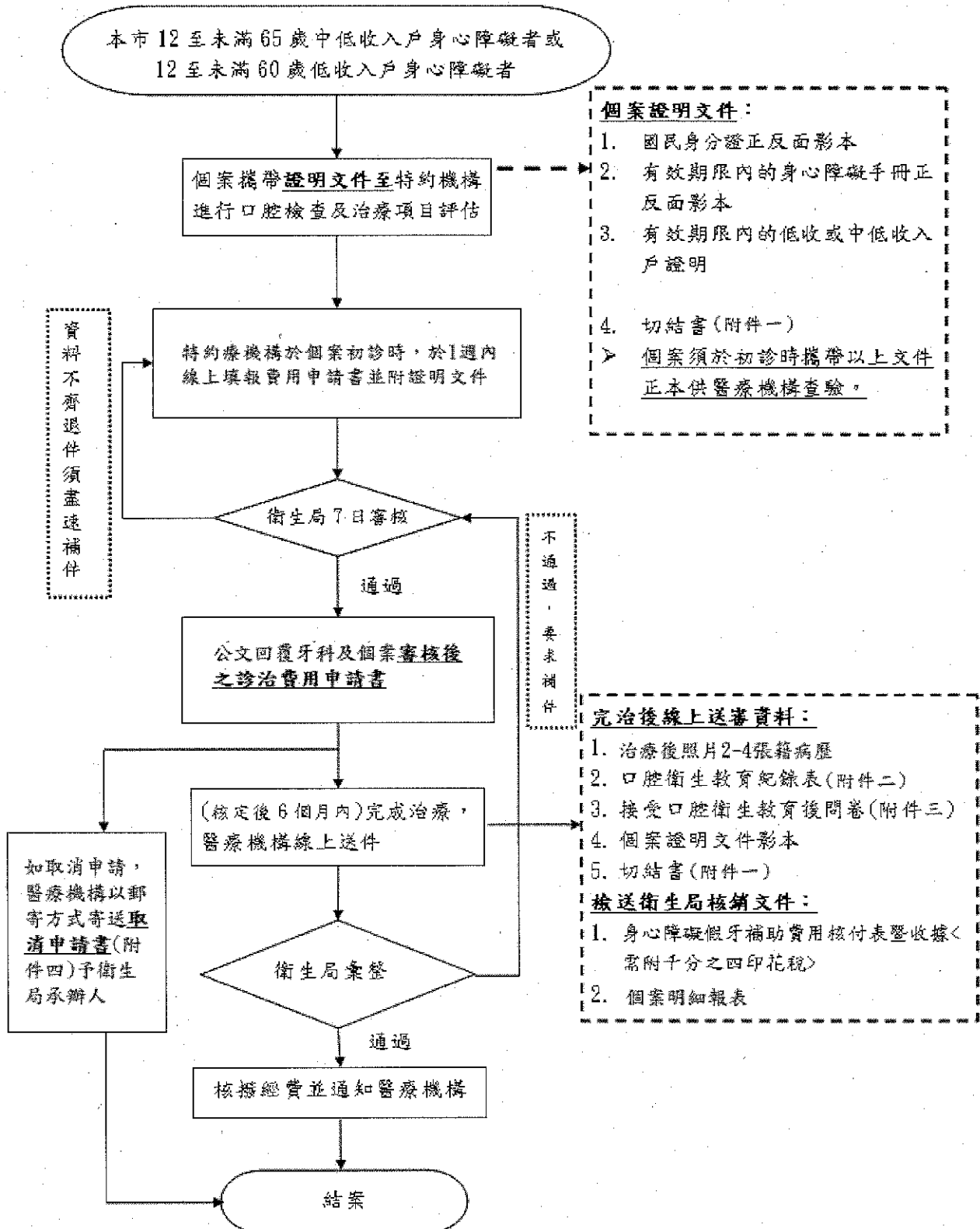


## 新北市身心障礙口腔照護補助計畫

12至未滿65歲中低收入戶身心障礙者或12至未滿60歲低收入戶身心障礙者

附表四

申請流程圖



附件一

## 新北市身心障礙口腔照護補助-切結書

本人\_\_\_\_\_ (申請人)於\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日，接受  
\_\_\_\_\_ (院所名稱)依新北市政府衛生局身心障礙  
口腔照護補助計畫提供服務，經該院所詳細說明並充分瞭解  
後，依據本補助項目及費用一覽表(附表一、二)，申請補助金  
額共計新臺幣\_\_\_\_\_元整，另補助活動假牙項目完成日  
起享有1年內之免費調整服務。有關本補助所填各項資料及所  
附文件均完全屬實；經查證如有不實者，將不予補助。  
申請人同一年連續取消2次，第3次則不予補助且次年停止申  
請1年(1年之定義為公文核准日起算1年)。

特此切結為憑。

此致 新北市政府衛生局

切結人簽章：

身分證字號：

現居地址：

聯絡電話：

中華民國 年 月 日

## 口腔衛生教育紀錄表

醫療院所名稱	本補助治療醫師	申請人姓名
提供口腔衛生教育時間：                      年                      月                      日		
<p>照片(須彩色且清晰)</p>		
<p>照片(須彩色且清晰)</p>		

附件三

## 接受口腔衛生教育後問卷

您接受口腔衛生教育是\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

問題	請勾選
1. 過去您的刷牙習慣？	<input type="checkbox"/> 一天1次 <input type="checkbox"/> 起床後 <input type="checkbox"/> 早餐後 <input type="checkbox"/> 午餐後 <input type="checkbox"/> 晚餐後 <input type="checkbox"/> 睡覺前 <input type="checkbox"/> 一天2次 <input type="checkbox"/> 起床後 <input type="checkbox"/> 早餐後 <input type="checkbox"/> 午餐後 <input type="checkbox"/> 晚餐後 <input type="checkbox"/> 睡覺前 <input type="checkbox"/> 一天3次以上 <input type="checkbox"/> 起床後 <input type="checkbox"/> 早餐後 <input type="checkbox"/> 午餐後 <input type="checkbox"/> 晚餐後 <input type="checkbox"/> 睡覺前 <input type="checkbox"/> 吃完東西後
2. 過去刷牙工作多半由誰負責？	<input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 父母親（照顧者） <input type="checkbox"/> 其他人：_____
3. 過去每次刷牙是否超過3分鐘？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道/不記得
4. 過去您家中牙刷平均多久換1次？	<input type="checkbox"/> 每2-3個月 <input type="checkbox"/> 每半年 <input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> 壞了才換
5. 對於剛才接受的衛生教育是否對您的刷牙技巧有幫助？	<input type="checkbox"/> 有，很有幫助 <input type="checkbox"/> 有，有點幫助 <input type="checkbox"/> 無幫助 <input type="checkbox"/> 沒有感覺
6. 對於剛剛接受牙線使用技巧對你有幫助嗎？	<input type="checkbox"/> 有，很有幫助 <input type="checkbox"/> 有，有點幫助 <input type="checkbox"/> 無幫助 <input type="checkbox"/> 沒有感覺
7. 回家後您的潔牙習慣會改變嘛？	<input type="checkbox"/> 會（ <input type="checkbox"/> 使用牙刷 <input type="checkbox"/> 使用牙線） <input type="checkbox"/> 不會
8. 回家後您刷牙的習慣會是？	<input type="checkbox"/> 一天1次 <input type="checkbox"/> 起床後 <input type="checkbox"/> 早餐後 <input type="checkbox"/> 午餐後 <input type="checkbox"/> 晚餐後 <input type="checkbox"/> 睡覺前 <input type="checkbox"/> 一天2次 <input type="checkbox"/> 起床後 <input type="checkbox"/> 早餐後 <input type="checkbox"/> 午餐後 <input type="checkbox"/> 晚餐後 <input type="checkbox"/> 睡覺前 <input type="checkbox"/> 一天3次以上 <input type="checkbox"/> 起床後 <input type="checkbox"/> 早餐後 <input type="checkbox"/> 午餐後 <input type="checkbox"/> 晚餐後 <input type="checkbox"/> 睡覺前 <input type="checkbox"/> 吃完東西後
9. 回家後您覺得每次刷牙時間應該多久？	<input type="checkbox"/> 1分鐘，有刷就好 <input type="checkbox"/> 3分鐘，認真刷乾淨 <input type="checkbox"/> 不知道/不記得
10. 未來您覺得牙刷應該多久換1次？	<input type="checkbox"/> 每2-3個月 <input type="checkbox"/> 每半年 <input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> 壞了才換

附件四

## 身心障礙口腔照護補助-取消申請書

有關\_\_\_\_\_診所/醫院，於\_\_\_\_年\_\_\_\_月  
\_\_\_\_日申請\_\_\_\_\_君(申請人，補助編號：\_\_\_\_)身心  
障礙口腔照護補助費用一案，經衛生局\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_  
\_\_\_\_日發文通知核准通過申請資格在案(發文字號:新北  
衛健字第\_\_\_\_\_號函)，本案因\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_因素，故取消此申請案。申請人  
同一年連續取消2次，第3次則不予補助且次年停止申  
請1年(1年之定義為核准日起算1年)。

醫師簽章：

申請人簽章：

此致新北市政府衛生局

中華民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

## 新北市身心障礙口腔照護補助計畫 服務契約書

新北市政府衛生局（以下簡稱甲方）委託\_\_\_\_\_（以下簡稱乙方）辦理「新北市身心障礙口腔照護補助計畫」（以下簡稱本計畫）乙案，其權利義務經雙方訂定契約條款如下：

第一條：**本契約自雙方代表簽字後即行生效**，若任何一方欲終止，需提前7個工作天以書面方式告知另一方，且本終止不影響在終止前雙方已執行之部分。

第二條：乙方辦理甲方委託之業務，其內容應依據契約、實施對象、申請方式、申辦流程及核銷方式等內容辦理，應秉持專業及配合政府照顧身心障礙者之美意，盡力協助；委託業務內容如有變更者，應經雙方協商及書面同意後實施。

第三條：實施對象(以下稱申請人)

- 一、設籍新北市，未滿12歲身心障礙或經發展遲緩兒童評估鑑定醫院確診為發展遲緩者。
- 二、設籍新北市，12至未滿65歲中低收入戶身心障礙者或12至未滿60歲低收入戶身心障礙者。

第四條：申請方式

- 一、自簽約日起接受申請人至乙方申請。
- 二、全面採線上系統作業，乙方將申請案件之相關文件(費用申請書、申請人資格證明文件、切結書等相關文件)備妥後，1週內由健康管理系統線上送至甲方審核申請人資格。乙方應依規定進行申請、送審及核銷作業，未依規定者不予提供補助。

第五條：申辦流程

為保障申請人之權益與補助項目品質，乙方之案件申請與結案需以下列方式進行：

- 一、乙方受理申請案時，與申請人核對身分後，於1週內線上檢附下列資料送達甲方，由甲方審核申請人資格：
  - (一) 費用申請書(由系統填報)
  - (二) 申請人資格證明文件：身分證或健保卡(限未成年者檢附)、身障或發展遲緩證明、中低收或低收證明
  - (三) 切結書



二、補助經費額度乙方應依「新北市未滿12歲身心障礙或發展遲緩兒童口腔照護補助項目及費用一覽表」及「新北市12至未滿65歲中低收入戶身心障礙者或12至未滿60歲低收入戶身心障礙者口腔照護補助計畫項目及費用一覽表」辦理。

三、經甲方審核通過申請人資格後，乙方接獲甲方通知後，始可進行補助項目之診治：

- (一) 審核通過後，申請人因故無法於6個月內至乙方進行補助項目製作與裝置得展期；展期最長3個月，並以1次為限。
- (二) 本計畫必要外的其他診療項目，得以健保方式處理，由乙方逕向健保署申請費用，其診療時機由乙方依專業判斷及規劃，在申請人知情同意後，進行診療，以免影響後續之補助項目執行進度，惟乙方不得另立名目收取與本計畫補助項目無關之費用。

四、核銷方式：

(一) 乙方應於申請人診治完成後2週內由系統提出審查申請，並經甲方委由專家審查後，檢具下列自系統列印之紙本文件送達甲方：

1. 費用核付表暨收據

- (1) 收據請款總金額由系統自動產生，請於系統詳實填寫基本資料，包括：單位名稱、聯絡電話、統一編號、地址、匯款銀行名稱、分行別及匯款帳號。
- (2) 收據加蓋乙方負責人印章及機構關防（同契約書所蓋之章戳）。
- (3) 須附千分之四印花稅（請黏貼於收據背面）。

2. 個案明細報表

(二) 乙方於次月15日前，以郵戳為憑，檢送前1月份之核銷資料，由甲方書面審核及核付服務費用，若資料不全，應於甲方指定之期限內補正資料並重新檢送甲方申請。

五、「指導口腔衛生教育」為必辦項目，且1年最多申請1次；如該項執行佐證資料未檢附，則其他補助項目一律不予補助。

六、個案完成診治後，治療結果由甲方請專家審核，案件審核結果如不符合本計畫補助要件，甲方將不予補助或依專家審核意見給付

補助費用。

七、個案診治完成，乙方於1年內(係依申請核准公文之核准日期起算1年)應提供活動假牙免費調整服務(如因故退出或提出終止契約，已完成補助項目之案件，仍需保固1年)，調整服務甲方不予補助。

八、乙方依據所得稅法及各類所得扣繳率標準第2條第8項規定：執行業務者之報酬按給付額扣取百分之十。

第六條：甲方得隨時查核、輔導與抽查乙方有關本計畫之相關資料及流程。乙方如以虛偽之證明、報告及其他不正當行為取得本補助款或超收費用者，乙方應繳回本補助款或將超收費用返還申請人，且甲方得終止契約，涉及刑責者移送司法機關。

第七條：乙方執行本計畫業務需遵守相關法規，如有違法情事並經查證屬實，甲方得終止契約。

第八條：若乙方提前終止契約，應於終止契約日1個月前以書面通知甲方，乙方就已受理申請之核定案件，應經申請人同意並協助轉介其他本計畫特約院所或如期完成。

第九條：乙方辦理本計畫業務，如有違反本契約之規定，經甲方書面通知限期改善後，仍不改善者，甲方得終止契約，且乙方自終止之日起1年內，不得再受託辦理本計畫相關業務。

第十條：非經甲方同意，乙方不得將本契約權利義務之全部或一部份讓與他人。

第十一條：本契約如有未盡事宜，依甲方有關規定辦理，如未有相關規定，經甲乙雙方同意，得以附約或換文補充之，其效力與本契約同。

第十二條：本契約履行所生爭議涉訟，雙方同意以臺灣新北地方法院行政訴訟庭(適用通常訴訟程序之事件以臺北高等行政法院)為第一審管轄法院。

第十三條：本契約一式2份，由甲乙雙方簽名蓋章後生效，雙方各執1份為憑。

第十四條：乙方須填列本契約之醫療機構聯絡資訊暨看診時間表(如附表)並提供看診醫師接受6學分以上身心障礙相關教育訓練之證明文件，若有異動需主動告知甲方。

第十五條：申請人若因故中斷治療致乙方有成本之支出，乙方得檢具相關佐證資料檢送甲方，經審查通過無誤後補助相關支出經費。

第十六條：本契約未載明之事項依政府相關法令辦理。

甲 方：新北市政府衛生局

代表人：陳潤秋

地 址：新北市板橋區英士路192之1號

電 話：(02)2257-7155(代表號)

乙 方：

代表人：

地 址：

電 話：

中 華 民 國            年            月            日

附表

身心障礙口腔照護補助醫療機構聯絡資訊暨看診時間表							
醫療機構名稱	郵遞區號	地址				傳真	
負責人	連絡電話分機	Email					
聯絡人	連絡電話分機	Email					
看診醫師名單							
開放身心障礙民眾看診時間請打✓							
	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
上午							
下午							
夜間							
<p>如每週無特別開設身障看診時段(同一般民眾就診時段), 請勾選 <input type="checkbox"/> 看診時段均接受身心障礙者就診</p>							

## 新北市身心障礙口腔照護補助計畫 服務契約書

新北市政府衛生局（以下簡稱甲方）委託\_\_\_\_\_（以下簡稱乙方）辦理「新北市身心障礙口腔照護補助計畫」（以下簡稱本計畫）乙案，其權利義務經雙方訂定契約條款如下：

第一條：**本契約自雙方代表簽字後即行生效**，若任何一方欲終止，需提前7個工作天以書面方式告知另一方，且本終止不影響在終止前雙方已執行之部分。

第二條：乙方辦理甲方委託之業務，其內容應依據契約、實施對象、申請方式、申辦流程及核銷方式等內容辦理，應秉持專業及配合政府照顧身心障礙者之美意，盡力協助；委託業務內容如有變更者，應經雙方協商及書面同意後實施。

第三條：實施對象(以下稱申請人)

- 一、設籍新北市，未滿12歲身心障礙或經發展遲緩兒童評估鑑定醫院確診為發展遲緩者。
- 二、設籍新北市，12至未滿65歲中低收入戶身心障礙者或12至未滿60歲低收入戶身心障礙者。

第四條：申請方式

- 一、自簽約日起接受申請人至乙方申請。
- 二、全面採線上系統作業，乙方將申請案件之相關文件(費用申請書、申請人資格證明文件、切結書等相關文件)備妥後，1週內由健康管理系統線上送至甲方審核申請人資格。乙方應依規定進行申請、送審及核銷作業，未依規定者不予提供補助。

第五條：申辦流程

為保障申請人之權益與補助項目品質，乙方之案件申請與結案需以下列方式進行：

- 一、乙方受理申請案時，與申請人核對身分後，於1週內線上檢附下列資料送達甲方，由甲方審核申請人資格：
  - (一) 費用申請書(由系統填報)
  - (二) 申請人資格證明文件：身分證或健保卡(限未成年者檢附)、身障或發展遲緩證明、中低收或低收證明
  - (三) 切結書

二、補助經費額度乙方應依「新北市未滿12歲身心障礙或發展遲緩兒童口腔照護補助項目及費用一覽表」及「新北市12至未滿65歲中低收入戶身心障礙者或12至未滿60歲低收入戶身心障礙者口腔照護補助計畫項目及費用一覽表」辦理。

三、經甲方審核通過申請人資格後，乙方接獲甲方通知後，始可進行補助項目之診治：

(一) 審核通過後，申請人因故無法於6個月內至乙方進行補助項目製作與裝置得展期；展期最長3個月，並以1次為限。

(二) 本計畫必要外的其他診療項目，得以健保方式處理，由乙方逕向健保署申請費用，其診療時機由乙方依專業判斷及規劃，在申請人知情同意後，進行診療，以免影響後續之補助項目執行進度，惟乙方不得另立名目收取與本計畫補助項目無關之費用。

四、核銷方式：

(一) 乙方應於申請人診治完成後2週內由系統提出審查申請，並經甲方委由專家審查後，檢具下列自系統列印之紙本文件送達甲方：

1. 費用核付表暨收據

(1) 收據請款總金額由系統自動產生，請於系統詳實填寫基本資料，包括：單位名稱、聯絡電話、統一編號、地址、匯款銀行名稱、分行別及匯款帳號。

(2) 收據加蓋乙方負責人印章及機構關防（同契約書所蓋之章戳）。

(3) 須附千分之四印花稅（請黏貼於收據背面）。

2. 個案明細報表

(二) 乙方於次月15日前，以郵戳為憑，檢送前1月份之核銷資料，由甲方書面審核及核付服務費用，若資料不全，應於甲方指定之期限內補正資料並重新檢送甲方申請。

五、「指導口腔衛生教育」為必辦項目，且1年最多申請1次；如該項執行佐證資料未檢附，則其他補助項目一律不予補助。

六、個案完成診治後，治療結果由甲方請專家審核，案件審核結果如不符合本計畫補助要件，甲方將不予補助或依專家審核意見給付

補助費用。

七、個案診治完成，乙方於1年內(係依申請核准公文之核准日期起算1年)應提供活動假牙免費調整服務(如因故退出或提出終止契約，已完成補助項目之案件，仍需保固1年)，調整服務甲方不予補助。

八、乙方依據所得稅法及各類所得扣繳率標準第2條第8項規定：執行業務者之報酬按給付額扣取百分之十。

第六條：甲方得隨時查核、輔導與抽查乙方有關本計畫之相關資料及流程。乙方如以虛偽之證明、報告及其他不正當行為取得本補助款或超收費用者，乙方應繳回本補助款或將超收費用返還申請人，且甲方得終止契約，涉及刑責者移送司法機關。

第七條：乙方執行本計畫業務需遵守相關法規，如有違法情事並經查證屬實，甲方得終止契約。

第八條：若乙方提前終止契約，應於終止契約日1個月前以書面通知甲方，乙方就已受理申請之核定案件，應經申請人同意並協助轉介其他本計畫特約院所或如期完成。

第九條：乙方辦理本計畫業務，如有違反本契約之規定，經甲方書面通知限期改善後，仍不改善者，甲方得終止契約，且乙方自終止之日起1年內，不得再受託辦理本計畫相關業務。

第十條：非經甲方同意，乙方不得將本契約權利義務之全部或一部份讓與他人。

第十一條：本契約如有未盡事宜，依甲方有關規定辦理，如未有相關規定，經甲乙雙方同意，得以附約或換文補充之，其效力與本契約同。

第十二條：本契約履行所生爭議涉訟，雙方同意以臺灣新北地方法院行政訴訟庭(適用通常訴訟程序之事件以臺北高等行政法院)為第一審管轄法院。

第十三條：本契約一式2份，由甲乙雙方簽名蓋章後生效，雙方各執1份為憑。

第十四條：乙方須填列本契約之醫療機構聯絡資訊暨看診時間表(如附表)並提供看診醫師接受6學分以上身心障礙相關教育訓練之證明文件，若有異動需主動告知甲方。

第十五條：申請人若因故中斷治療致乙方有成本之支出，乙方得檢具相關佐證資料檢送甲方，經審查通過無誤後補助相關支出經費。

第十六條：本契約未載明之事項依政府相關法令辦理。

甲 方：新北市政府衛生局

代表人：陳潤秋

地 址：新北市板橋區英士路192之1號

電 話：(02)2257-7155(代表號)

乙 方：

代表人：

地 址：

電 話：

中 華 民 國            年            月            日



附表

身心障礙口腔照護補助醫療機構聯絡資訊暨看診時間表							
醫療機構名稱	郵遞區號	地址				傳真	
負責人	連絡電話分機	Email					
聯絡人	連絡電話分機	Email					
看診醫師名單							
開放身心障礙民眾看診時間請打✓							
	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
上午							
下午							
夜間							
<p>如每週無特別開設身障看診時段(同一般民眾就診時段), 請勾選 <input type="checkbox"/> 看診時段均接受身心障礙者就診</p>							