

副本

檔 號：  
保存年限：

收文日期	108 1 02
編 號	0830

## 新北市政府衛生局 公告



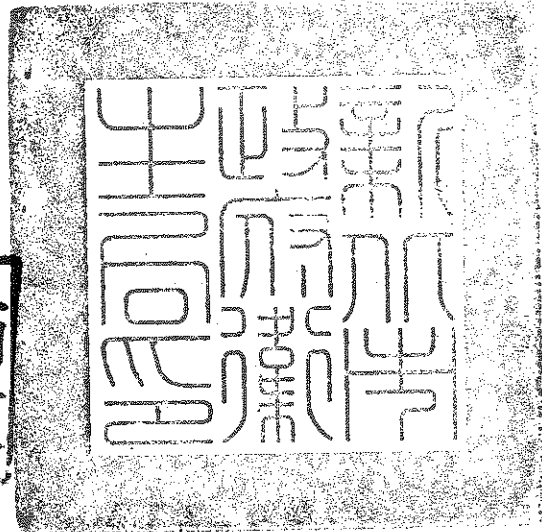
22069

新北市板橋區三民路2段37號11樓

新北市牙醫師公會

理事長  
后秉仁

上網公告



發文日期：中華民國107年12月26日  
發文字號：新北衛健字第10724342681號  
附件：「108-109年度身心障礙口腔照護補助計畫」計畫書、契約書各1份

主旨：公告新北市「108-109年度身心障礙口腔照護補助計畫」（下稱本計畫）。

依據：新北市108-109年度身心障礙口腔照護補助計畫。

公告事項：

一、醫療機構申請資格：牙科醫療院所，醫師接受6學分以上之身心障礙相關教育訓練。

(一)實施期間：自108年1月1日起至109年12月31日止。

二、服務對象：

(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。

三、服務項目內容(詳如計畫)：

(一)未滿12歲身心障礙或發展遲緩兒童：

1、補助額度：每年最高新臺幣2萬元。

2、補助項目：空間維持器5,000元、防蛀封劑(每齒)500元、不銹鋼牙冠(每齒)3,000元、成型乳門牙透明牙套(每齒)3,000元、個案行為處理費(每次)500元、指導口腔衛生教育(每次)250元。

(二)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、補助額度：中低收入戶身障者每年最高新臺幣2萬元、低收入戶身障者每年最高新臺幣4萬元。
- 2、指導口腔衛生教育(每次)250元。
- 3、牙周組織引導再生術(骨粉、再生膜)8,000元
- 4、固定假牙(5年內相同牙位不得再次申請)-鑄心(每齒)1,250元、金屬鑄造冠(每齒)5,000元、金屬瓷冠(每齒)7,000元。
- 5、活動假牙(2年內相同牙位不得再次申請)-雙顎4萬、單顎2萬、部份缺牙4科(含)以下1萬5,000元、部份缺牙5科以上每多1顆加1,000元最多2萬元為限。
- 6、牙冠加長術-1/3顎6,000元、4~6齒8,000元。

四、本局將自108年1月1日起全面採線上系統作業(網址：<https://172.25.27.75/>)，請依規定進行申請、送審及核銷作業，未依規定者，不予提供補助。

五、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，得申請延長1次，並以3個月為限，逾期將取消該補助案，歉難受理補助；如取消申請個案補助，請以電子郵件、傳真或上傳線上系統「取消申請書」予衛生局承辦人。

六、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，請盡快向本局重新提出申請，經審查通過後，方能執行。

七、相關資訊可逕洽新北市政府衛生局健康管理科，電話：(02)22577155分機1733鄭小姐，或至新北市政府衛生局網站<https://www.health.ntpc.gov.tw/>，查詢最新資訊。

副本：本一牙醫診所、博士牙醫診所、復新牙醫診所、衛生福利部臺北醫院、衛生福利部樂生療養院、新店慈濟醫院、鄭懷德牙醫診所、天主教新店耕莘醫院、淡水新埔牙醫診所、皓恩牙醫診所、美白牙醫診所、麗寶牙醫診所、沃德

牙醫診所、大學牙醫、蔡進富牙醫診所、家德牙醫診所、亞東紀念醫院、杏  
橋牙醫診所、尚誠牙醫診所、美林牙醫診所、采丰牙醫診所、天主教永和耕  
莘醫院、維康牙醫診所、冠美牙醫診所、宏軒牙醫診所、邱牙醫診所、吉仁  
牙醫診所、衛生福利部雙和醫院、恩主公醫院、新北市立聯合醫院、永福牙  
醫診所、石公燦牙醫診所、馬偕紀念醫院、府中牙醫診所、國華牙醫診所、  
莒光牙醫診所、雙安牙醫診所、小木屋牙醫診所、南雅牙醫診所、晶點牙醫  
診所、新北市牙醫師公會(均含附件)

# 局長 陳潤秋



# 新北市 108-109 年度身心障礙口腔照護補助計畫

107/12/26 修訂

## 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%，發展遲緩的特殊兒童由於多方原因：父母認知不足、疏於預防保健、兒童異常感覺而排斥刷牙…等，又缺乏妥善治療齲齒及牙科專業醫療資源，加上普遍基層診所排拒醫治這類孩童，致使問題嚴重化，爰此，身心障礙兒童的口腔照護需求實刻不容緩。過去，身心障礙者口腔保健工作的缺乏，除了病人與家屬不易自行發掘問題之外，較少牙醫師提供適切的服務，是使許多有意尋求改善的家長感到氣餒的原因。

除了接受一般的治療及居家的口腔保健外，身心障礙兒童更應定期（至少每 3 個月到半年）讓牙醫專業人員檢查、洗牙或氟化物處理（國民健康署 102 年 5 月 17 日公告塗氟保健服務補助對象係未滿 12 歲身心障礙兒童每 3 個月補助 1 次）。

依據本府社會局 106 年底資料顯示，本市身心障礙人口達 166,303 人（未滿 12 歲身心障礙兒童 4,815 人，12 至未滿 65 歲身心障礙者 101,393 人，本市中低收入戶身心障礙者 2,518 人，低收入戶身心障礙者 8,246 人），然而，身心障礙者較一般同年齡者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。

綜上，本局自 100 年起實施本補助計畫，有效利用社會福利及醫療資源，在政府及民間的努力之下，積極推動口腔保健照護補助計畫，針對本市身心障礙者、照護者及牙科專業人員的密切合作，提供他們一個健康的口腔，減少由口腔細菌所引起之感染，提升生活品質。截至目前為止，本市已有 3,262 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. 徵求大台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診治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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 製作單張發放，提供民眾相關資訊，使其符合資格的民眾了解有口腔照護補助的福利。</li> </ol>
(五) 委外專業團體品質監測	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 進行合約醫療機構實地訪查及輔導，提升相關補助流程之品質。</li> <li>2. 進行補助個案抽樣之滿意度調查及分析。</li> </ol>

### 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) 服務契約書一式兩份。
- (三) 身心障礙口腔照護補助醫療機構聯絡方式及看診時間。
- (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、反面影本
- (2) 身心障礙手冊正、反面影本或早期療育評估報告書(須為最新版本且為有效期限內)
- (3) 切結書影本

##### 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國民身分證正、反面影本

- (1) 身心障礙手冊正、反面影本(須為有效期限內)
- (2) 中低收或低收入戶證明(可不提供，系統代為查詢)
- (3) 切結書影本

#### (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，申請時間自108年1月1日起至109年12月31日止。
2. 醫療特約機構應於個案初診時1周內依據申請項目一覽表於本局線上系統填報：
  - (1) 未滿12歲身心障礙或發展遲緩兒童每案補助金額每年以新臺幣2萬元為最高；
  - (2) 12至未滿65歲中低收入戶身心障礙者每年以新臺幣2萬元為最高；12至未滿60歲低收入戶身心障礙者每年以新臺幣4萬元為最高。

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、裝戴後需提供一年之調整服務，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(附件五)予衛生局，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 年之定義為核准日期起算 1 年)。
7. 每位申請個案皆須提供口腔衛生教育，每次至少 15 分鐘以上，並需拍攝至少 1 張彩色且清晰照片佐證上傳於本局線上系統，「口腔衛生教育紀錄表」(附件二)並請個案填寫「接受口腔衛生教育後問卷」，1 年最多申請 1 次；如未提供口腔衛生教育服務，則其他項目一律不得申請。
8. 接受口腔教育後問卷及切結書應予申請人(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，拍攝口腔治療前及後彩色且清晰照片至少各 1 張；若無麻醉者，則口腔治療後照片至少 1 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或領據由線上系統下載(需附千分之四印花稅)切勿塗改。另，其他如有塗改處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. 未滿 12 歲身心障礙或發展遲緩兒童口腔照護補助：
  - (1) 身心障礙假牙補助費用核付表暨收據<需附千分之四印花稅>
  - (2) 申領清冊



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假牙補助：

(1) 身心障礙假牙補助費用核付表暨收據〈需附千分之四印花稅〉

(2) 申領清冊

(四) 若線上系統故障，得以紙本方式提出申請、送審及核銷，詳如表三至表五及附件一至附件五。

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

【108 年公告】

◎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身分證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  
口腔診治補助計畫項目及費用一覽表

【108 年公告】

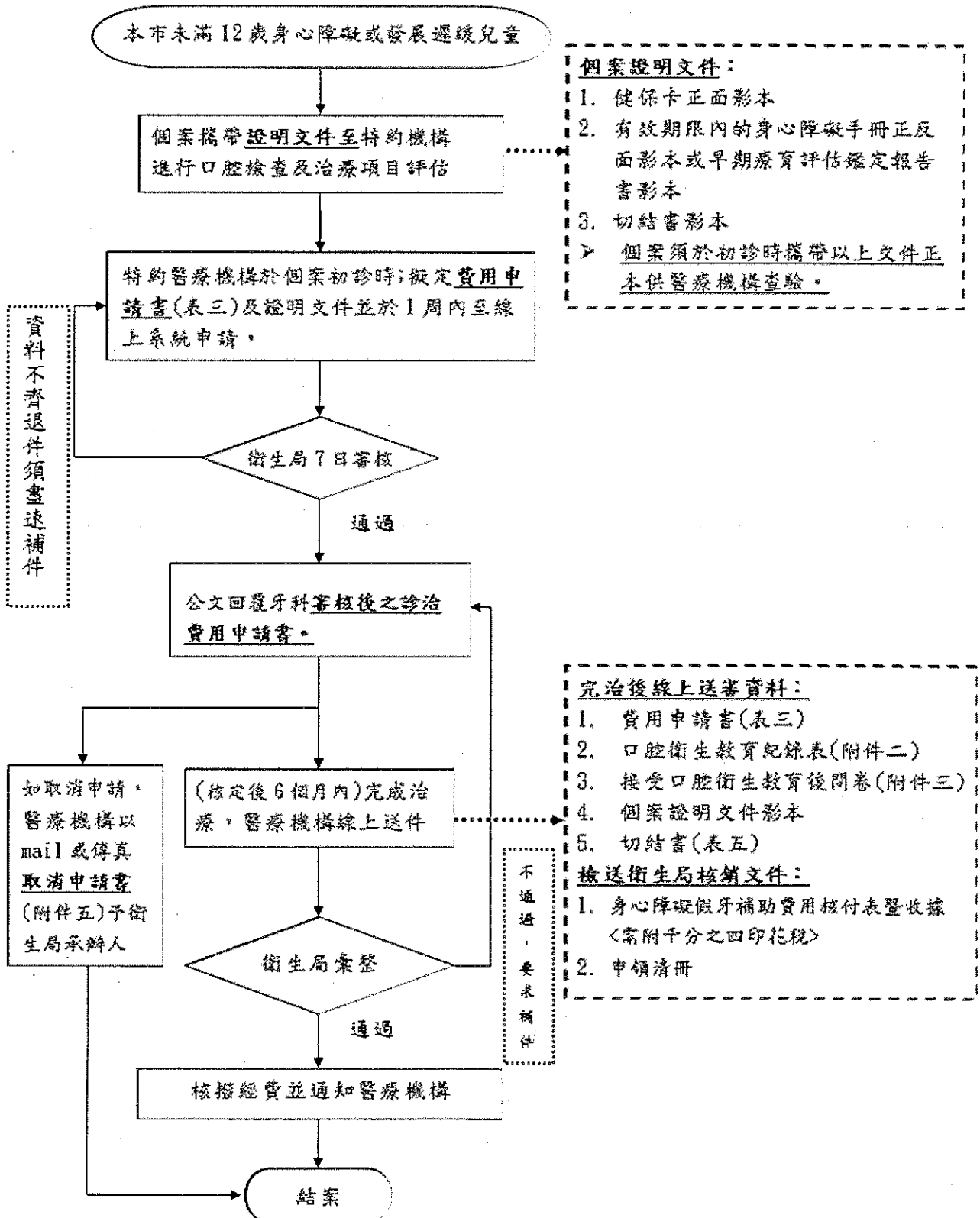
- ◎ 各項補助經費實報實銷不得超過下表額度（並排除健康保險給付項目）
- ◎ 中低收入戶每年補助金額以 2 萬元為最高
- ◎ 低收入戶每年補助金額以 4 萬元為最高

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 108-109 年度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

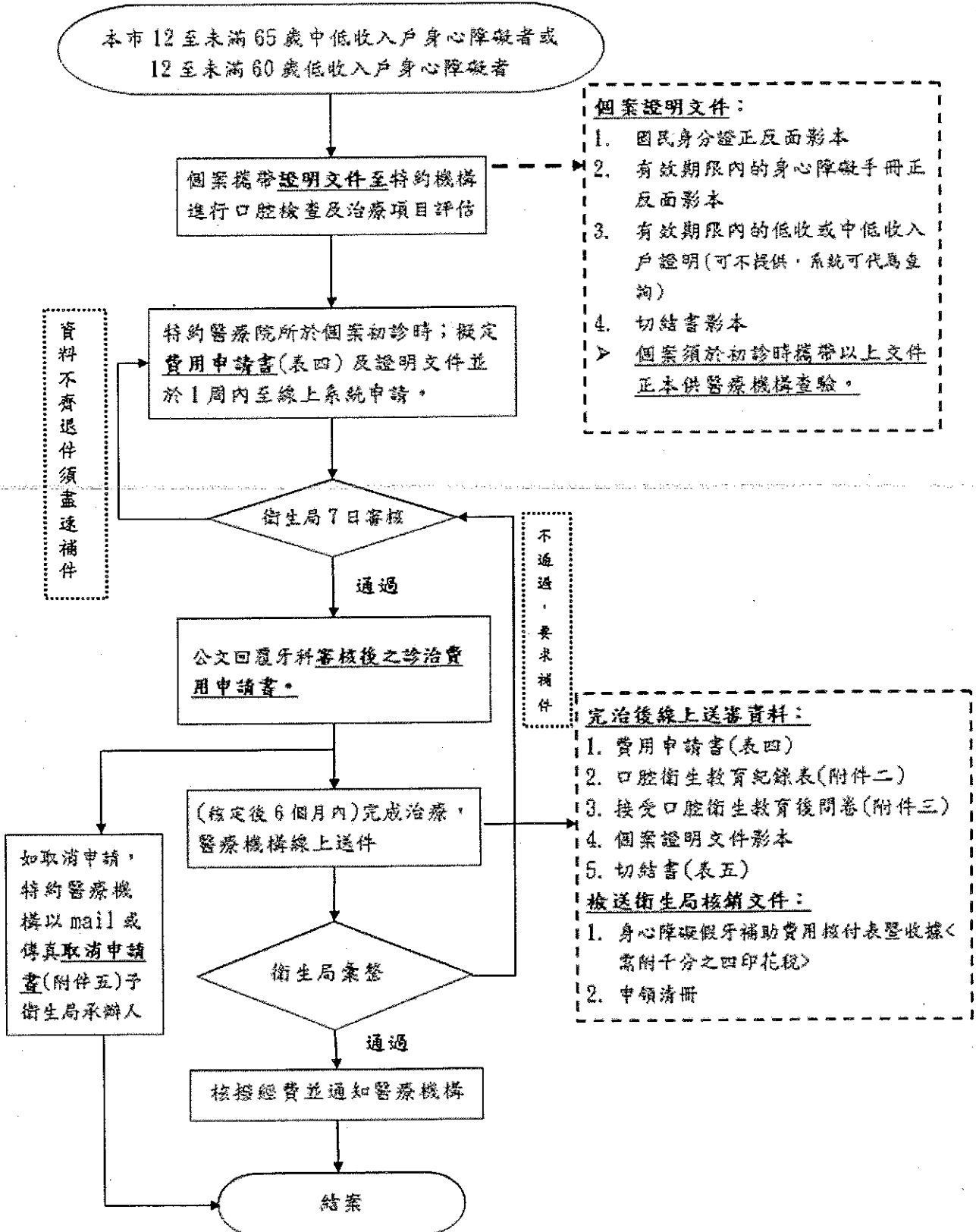
表一



新北市 108-109 年度身心障礙口腔照護補助計畫

12-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  
申請流程圖

表二



表三

未滿 12 歲身心障礙或發展遲緩兒童-費用申請書(正面)

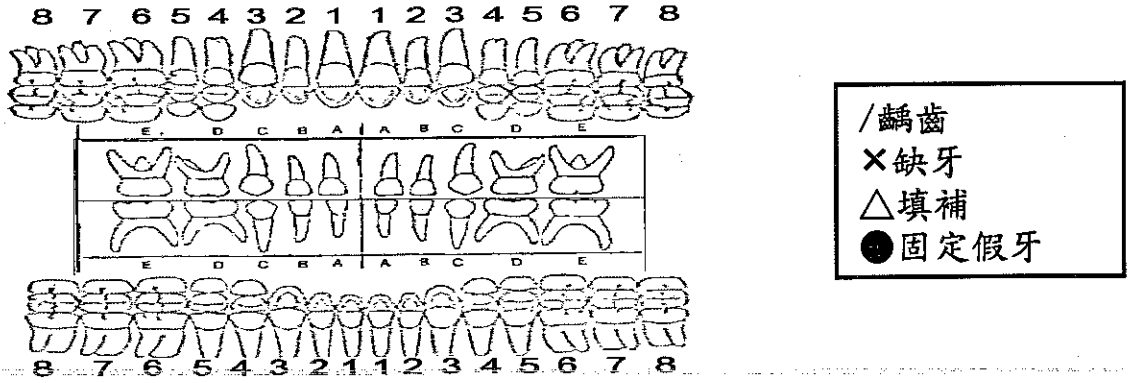
衛生局審核欄			
補助編號(由衛生局填寫)	身心障礙或發展遲緩身分	設籍本市 6 個月以上身分	
	<input type="checkbox"/> 符合(身心障礙) <input type="checkbox"/> 符合(發展遲緩) <input type="checkbox"/> 不符合	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	
核准經費	需修改或補件項目		
新台幣_____元			
醫療院所名稱		本補助治療醫師	
醫療院所電話(手機號碼)		醫療院所傳真或聯絡 e-mail	
申請人病歷號碼		<input type="checkbox"/> 初次送件 <input type="checkbox"/> 補件 <input type="checkbox"/> 修改內容 送(補)件日期： 年 月 日 補件(修改)內容：	
申請人姓名		申請人身分證字號	
申請人手機、電話	障礙類別	障礙程度	
	_____障(類)	<input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 極重 (度) <input type="checkbox"/> 發展遲緩	
家長姓名	家長身分證字號	家長手機、電話	關係
健保卡正面影本 請勿浮貼 黏貼不可超出欄外		身障手冊影本(正、反面) 請浮貼 黏貼不可超出欄外 ※若提供早期療育評估鑑定報告書影本 <請另檢附>免黏貼此欄	
申請日期		申請人或家長簽名	
年 月 日			

表三

未滿 12 歲身心障礙或發展遲緩兒童-費用申請書(反面)

**治療計劃書**

請在牙齒部位圖上標示個案口腔現況或於本欄直接黏貼口腔 X 光照片



/ 齲齒

X 缺牙

△ 填補

● 固定假牙

申請項目費用表						
治療日期	項目編號	申請項目名稱	治療部位	單價		總價
				初次	非初次	
/	C7	指導口腔衛生教育 (一年最多申請 1 次)	FM	250	0	
/						
/						
/						
/						
未滿 12 歲兒童最高申請新臺幣 2 萬元			申請新臺幣	_____ 元		
完成日期			治療醫師簽名			
年	月	日				

表四

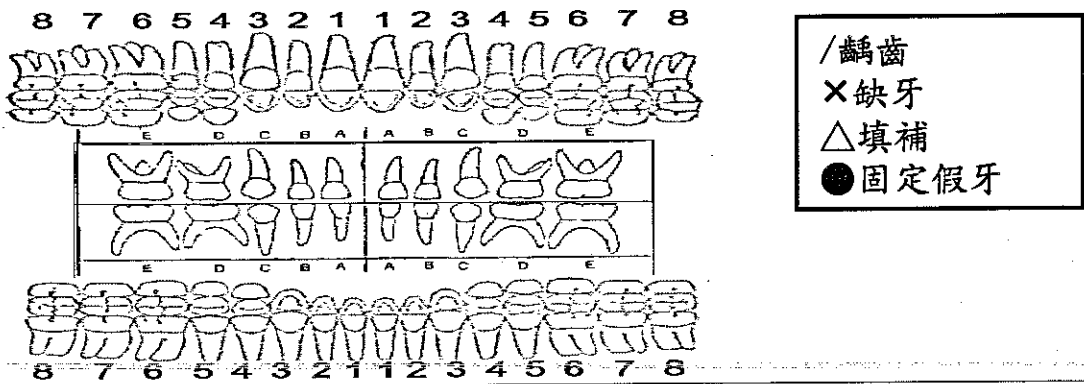
12 至未滿 65 歲中低收入戶身心障礙者或 12 至未滿 60 歲低收入戶身心障礙者  
費用申請書(正面)

衛生局審核欄			
補助編號(由衛生局填寫)	身心障礙	中低、低收入戶	設籍本市
	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	<input type="checkbox"/> 符合(中低收) <input type="checkbox"/> 符合(低收) <input type="checkbox"/> 不符合	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合
核准經費	需修改或補件項目		
新台幣_____元			
醫療院所名稱		本補助治療醫師	
醫療院所電話(手機號碼)		醫療院所傳真或聯絡 email	
申請人病歷號碼		<input type="checkbox"/> 初次送件 <input type="checkbox"/> 補件 <input type="checkbox"/> 修改內容	
		送(補)件日期： 年 月 日	
		補件(修改)內容：	
申請人姓名		申請人身分證字號	
連絡電話	障礙類別	障礙程度	
	_____障	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度	
保護者(照顧者)姓名	保護者身分證字號	保護者連絡電話、手機	
國民身分證影本 請勿浮貼(正面) 黏貼不可超出欄外		國民身分證影本 請勿浮貼(反面) 黏貼不可超出欄外	
申請日期		申請人或保護者簽名	
年 月 日			



表四

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  
費用申請書(反面)

治療計劃書						
<p>請在牙齒部位圖上標示個案口腔現況或於本欄直接黏貼口腔 X 光照片</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">  </div>						
申請項目費用表						
治療日期	項目編號	申請項目名稱	治療部位	單價		總價
				初次	非初次	
/	C7	指導口腔衛生教育 (一年最多申請 1 次)	FM	250	0	
/						
/						
/						
/						
中低收入戶每年最高申請新臺幣 2 萬元 低收入戶每年最高申請新臺幣 4 萬元			申請新臺幣	_____元		
完成日期			治療醫師簽名			
年            月            日						

表五

## 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(如背面附  
表)，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：

地址：

電話：

中華民國 年 月 日

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  
口腔診治補助計畫項目及費用一覽表

【108年公告】

◎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
牙周骨質翻閉術 (牙周組織引導再生術 (雷射-再生膜))	E1	8,000	◎1年最多申請2次 ◎需檢附治療前後照片
固定假牙 (5年內無須更換 不得再次申請)	A1	1,250	需於拔牙後立即拍攝核心照或於修復附上X光片
	A2	5,000	
	A	7,000	
活動假牙 (2年內無須更換 不得再次申請)	雙頰	40,000	5類以上每月上限不加 1,000元,總額以20,000 元為上限 (5類16,000、6類17,000、 7類18,000、8類19,000、 9類20,000)
	單頰	20,000	
	4類以下	15,000	
牙冠加長術 4-6齒	5類以上	20,000	
	牙冠加長術 3分之1	6,000	
	D2	8,000	需檢附X光片每位給資料

◎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二種板-印板-試戴修調-完成

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

【108年公告】

◎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身分證及身障手冊正本供醫療機構查驗

# 治療前後照片比對表

## 治療前照片

醫療院所名稱	本補助治療醫師	申請人姓名

治療前張口照片 2-4 張(須彩色且清晰)

治療前張口照片黏貼處  
請勿浮貼、重疊  
位置不夠可貼於本表反面  
請勿使用訂書針

治療前張口照片黏貼處  
請勿浮貼、重疊  
位置不夠可貼於本表反面  
請勿使用訂書針

## 治療後對比照片

醫療院所名稱	本補助治療醫師	申請人姓名
治療後張口照片 2-4 張(須彩色且清晰)		
<p data-bbox="438 689 1141 1008">治療後張口照片黏貼處 請勿浮貼、重疊 位置不夠可貼於本表反面 請勿使用訂書針</p>		
<p data-bbox="438 1467 1141 1780">治療後張口照片黏貼處 請勿浮貼、重疊 位置不夠可貼於本表反面 請勿使用訂書針</p>		

本表如不敷使用請自行影印

## 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>照片黏貼處(須彩色且清晰)</p> <p>請勿浮貼、重疊</p> <p>位置不夠可貼於本表反面</p> <p>請勿使用訂書針</p>		
<p>照片黏貼處(須彩色且清晰)</p> <p>請勿浮貼、重疊</p> <p>位置不夠可貼於本表反面</p> <p>請勿使用訂書針</p>		

本表如不敷使用請自行影印

## 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

申請人簽名： \_\_\_\_\_

# 身心障礙口腔診治補助計畫-費用申請領據

民眾姓名

請以阿拉伯數字書寫

茲領到 \_\_\_\_\_ 身心障礙者口腔照護補助費用 \_\_\_\_\_

元 共計新台幣 萬 仟 佰 拾元整

以上金額請以國字書寫  
壹·貳·參·肆·伍·陸·柒·捌·玖

此致

新北市政府衛生局

醫療機構大印

承辦人員： \_\_\_\_\_

負責人： \_\_\_\_\_

簽  
名  
蓋  
章

醫療機構名稱：

醫療機構統編：

醫療機構地址：

醫療機構帳戶銀行分行：

醫療機構帳戶戶名：

醫療機構帳戶帳號：

務必填報有醫療機構全名之帳戶

中 華 民 國 年 月 日

印 花 稅 黏 貼 處



## 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(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：

本人簽章：

中華民國 年 月 日

# 新北市108-109年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108-109年度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：本契約履約期間自108年1月1日起至109年12月31日止。

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108年1月1日起接受申請人至乙方申請。
- 二、乙方將申請案件之申請書表及相關文件(費用申請書、申請人證明文件、切結書等相關文件)備妥後，1周內送至甲方審核申請人資格。
- 三、為提升申補作業效率，甲方自108年1月1日起全面採線上系統作業，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，上傳下列文件送達甲方，由甲方審核申請人資格：
  - (一) 費用申請書影本
  - (二) 申請人證明文件影本
  - (三) 切結書影本
- 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診治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：

乙方應於申請人診治完成後1個月內，檢具下列文件送達甲方：

(一) 補助費用核付表暨收據〈需附千分之四印花稅〉

(二) 申領清冊

五、有關提供口腔衛生教育之資料如未檢附，則其他補助項目一律不予補助，指導口腔衛生教育之補助項目1年最多申請1次。

六、完成診治後乙方檢送上述第四款文件予甲方，甲方請專家審核後，案件審核結果如不符合本計畫補助要件，甲方將不予補助。

七、乙方於診治完成日起(費用申請書之完成日期)1年內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1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：乙方需填列本契約之醫療機構聯絡方式及看診時間表(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。

立契約書人：

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(負責人)：

地 址：

電 話：

中 華 民 國            年            月            日

108-109 年度身心障礙口腔照護補助醫療機構聯絡方式及看診時間

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							

如每週無特別看診時段，同一般民眾，請勾選

各看診時段均接受身心障礙者就診

# 新北市108-109年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108-109年度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：本契約履約期間自108年1月1日起至109年12月31日止。

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108年1月1日起接受申請人至乙方申請。
- 二、乙方將申請案件之申請書表及相關文件(費用申請書、申請人證明文件、切結書等相關文件)備妥後，1周內送至甲方審核申請人資格。
- 三、為提升申補作業效率，甲方自108年1月1日起全面採線上系統作業，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，上傳下列文件送達甲方，由甲方審核申請人資格：

- (一) 費用申請書影本
- (二) 申請人證明文件影本
- (三) 切結書影本

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診治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：

乙方應於申請人診治完成後1個月內，檢具下列文件送達甲方：

- (一) 補助費用核付表暨收據〈需附千分之四印花稅〉
- (二) 申領清冊

五、有關提供口腔衛生教育之資料如未檢附，則其他補助項目一律不予補助，指導口腔衛生教育之補助項目1年最多申請1次。

六、完成診治後乙方檢送上述第四款文件予甲方，甲方請專家審核後，案件審核結果如不符合本計畫補助要件，甲方將不予補助。

七、乙方於診治完成日起(費用申請書之完成日期)1年內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1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：乙方需填列本契約之醫療機構聯絡方式及看診時間表(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。

立契約書人：

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(負責人)：

地 址：

電 話：

中 華 民 國            年            月            日

108-109 年度身心障礙口腔照護補助醫療機構聯絡方式及看診時間

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							

如每週無特別看診時段，同一般民眾，請勾選

各看診時段均接受身心障礙者就診