

南投縣政府社會及勞動局老人裝置假牙補助 審查申請書 (115年)

案 號： _____

申 請 日 期： 115 年 _____ 月 _____ 日

福利身分	第一類：請送戶籍所在地鄉(鎮、市)公所 (由公所查詢)設籍本縣年滿六十五歲以上或年滿五十五歲以上原住民 <input type="checkbox"/> 低收入戶、中低收入戶者 <input type="checkbox"/> 領有中低收入老人生活津貼者 <input type="checkbox"/> 經政府全額補助收容安置者 <input type="checkbox"/> 領有身心障礙者生活補助 <input type="checkbox"/> 經各級政府補助身心障礙者日間照顧及住宿										
一般身分	第二類：請送戶籍所在地鄉(鎮、市)衛生所 <input type="checkbox"/> 年滿 65 歲以上老人 (設籍本縣滿 1 年以上，且申請裝置時仍設籍本縣者) <input type="checkbox"/> 設籍本縣年滿五十歲以上領有身心障礙證明										
申請人基本資料	姓名					性別	<input type="checkbox"/> 男	出生年月	年 月 日		
	身分證字號							聯絡電話			
	通訊地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
申請補助應備文件	<input type="checkbox"/> (第一類)年滿五十五歲以上原住民戶籍謄本 <input type="checkbox"/> 經合格牙科醫療院所開立當年度三個月內有效之診斷證明書 <input type="checkbox"/> 裝置前之照片(清楚拍出缺牙狀況)										
裝置假牙											
第一類： _____ 公所 (初審核章)					第二類： _____ 衛生所 (初審核章)						
承辦課長					收件人						
鄉鎮初審結					承辦人						
主任					主任						
初審結果	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 本縣老人裝置假牙補助標準規定				初審結果	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 本縣老人裝置假牙補助標準規定					
南投縣政府社會及勞動局 (複審核章)											
<input type="checkbox"/> 符合本縣老人裝置假牙補助標準規定核予補助：新臺幣 _____ 萬 _____ 仟 _____ 佰元整 <input type="checkbox"/> 不符合本縣老人裝置假牙補助標準規定不予											
承辦人			科長				局長				

本人 _____ 茲申請南投縣政府老人
 補助裝置假牙，本人已充分了解並符合本計畫
 申請補助對象資格規定，且於五年內同一額未
 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。
 本人上述所填各項資料及所附文件均完全屬實，並同意提供貴府查詢確認
 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，
 法律責任，並返還已支付之補助經費，特此切結。
 (如為代理申請，代理人應將表內事項詳細告知申請人)

以下欄位請由醫療院所勾選填寫

第一類、第二類申請項

限第一類申請項目：

- 1. 上下顎全口活動假牙 (餘牙 0-3 顆)
- 2. 上顎全口活動假牙 (餘牙 0-3 顆)
- 3. 下顎全口活動假牙 (餘牙 0-3 顆)
- 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

- 9. 活動假牙維修費
 - 假牙破裂維修費 / 單顆
 - 假牙添加費 / 單顆
 - 假牙線勾 / 個
 - 假牙硬式襯底 / 座
- 10. 上顎、下顎部分固定式假牙
 - 上顎 _____ 齒
 - 下顎 _____ 齒

口腔牙齒狀況，請填入代號：1. 有牙 (含真牙、固定式假牙)；2. 拔除；3. 殘根

備註：上顎尚有 _____ 顆牙，下顎尚有 _____ 顆牙

<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/>															
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/>															

建議裝置上下顎全口、
 部分活動假牙
 上顎 () 活動假牙，
 估 _____ 元
 下顎 () 活動假牙，
 估 _____ 元
 上顎 (顆) 固定式假
 牙 _____ 元

建議活動假牙維修項
 目 (限第一類)：
 假牙破裂維修費：
 _____ 元
 假牙添加費：
 _____ 元
 假牙線勾：
 _____ 元

診治		估算金額	-
----	--	------	---

醫療院所簽章：

南投縣 _____ (鄉、鎮、市)

君

申請「老人裝置假牙補助」裝製前照片

上顎

(清楚拍出容面及缺牙情形)

下顎

(清楚拍出容面及缺牙情形)

備註：本表不敷使用時，請自行加印。