

桃園市政府衛生局

64 歲以下(中)低收入戶身心障礙者口腔醫療照護補助申請表

申請人基本資料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年 月日	年 月 日
	身分證 統一編號		手機		連絡 電話	
	戶籍地址	桃園市_____區_____里_____鄰 _____路(街)_____段_____巷_____弄_____號_____樓				
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> 另列如右：_____				
	身分別	<input type="checkbox"/> 設籍桃園市且設籍 1 年以上之未滿 65 歲列冊中低收入戶。 <input type="checkbox"/> 設籍桃園市且設籍 1 年以上之未滿 65 歲列冊低收入戶。				
	障礙類別		障礙等級	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度		
應備文件	<input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊正反面影本 <input type="checkbox"/> 戶口名簿影本或戶籍謄本影本 <input type="checkbox"/> (中)低收入戶證明影本					
國民身分證正面影本黏貼處 (未滿 14 歲未領身分證者， 請黏貼健保卡正面影本)				國民身分證反面影本黏貼處 (未滿 14 歲未領身分證者， 此欄位不需黏貼)		
身心障礙手冊正面影本黏貼處				身心障礙手冊背面影本黏貼處		

本人\_\_\_\_\_茲申請桃園市政府衛生局 64 歲以下(中)低收入戶身心障礙者口腔醫療照護補助，已充分了解並符合本計畫申請補助對象資格規定。

本人同意將補助款項直接撥付合約醫療院所，上述所填各項資料及所附文件均完全屬實；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。

本人同意將個資等資訊提供桃園市政府做公務用途使用，惟須採取安全妥適之保護措施與銷毀程序，非經本人同意或法律規定，不得揭露於第三者或散佈。  
(如為代理申請，代理人應將表內事項詳細告知申請人)  
(如申請人未滿 20 歲，應有家長或代理人簽章)

此致  
桃園市政府衛生局

申請人(或代理人)簽章：\_\_\_\_\_

申請日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

代理人基本資料

姓名：\_\_\_\_\_

身分證統一編號：\_\_\_\_\_

電話：\_\_\_\_\_

手機：\_\_\_\_\_

與申請人關係：\_\_\_\_\_

通訊地址：\_\_\_\_\_

受理合約醫療院所：\_\_\_\_\_

衛生局審核(以下欄位由衛生局填列，勿寫) 查核日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

查核內容	查核結果(符合打✓)	查核人員	備註
1. 申請文件齊全			
2. 身分資格符合補助對象			

承辦人員：

覆核：

科長：



一、治療前審查：(請浮貼、照片需載明拍照日期及申請人姓名)			
口內照片 1 張。(照片需能清楚呈現口腔情形)			
口外照片：全臉(額頭以下、頸部以上)正面照(張口露齒)1 張。			
二、治療後審查：(請浮貼、照片需載明拍照日期及申請人姓名)			
口內照片 1 張。(照片需能清楚呈現治療後情形)			
口外照片：全臉(額頭以下、頸部以上)正面照(張口露齒)1 張。			
實際完成日期： 受理醫師核章：		申請人(或代理人)簽名或蓋章 (裝置假牙完成後)	
裝置後 審查小組之 審查結果	<input type="checkbox"/> 通過  <input type="checkbox"/> 退件，理由：	審查委員 核章	_____年____月____日

桃園市政府衛生局  
 \_\_\_\_\_年度 12-64 歲(中)低收入戶身心障礙者  
 口腔醫療照護補助診治計畫書

總編號									
(審查小組填列)									

合約醫療院所名稱：\_\_\_\_\_ 負責醫師核章：\_\_\_\_\_

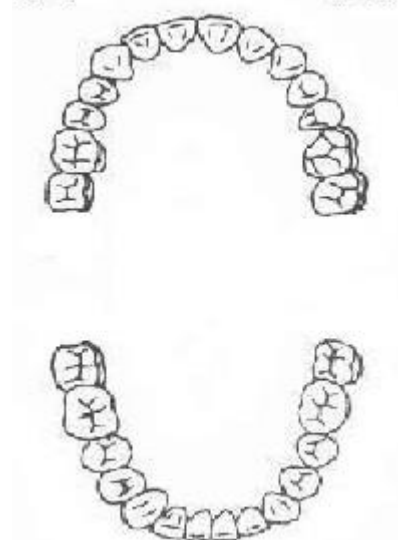
合約醫療院所地址：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

**就 診 者 基 本 資 料**

姓名		出生日期：	身 分 別	<input type="checkbox"/> 列冊中低收入戶
		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 列冊低收入戶
		身分證統一編號：		

**診 治 計 畫 內 容**

診 治 項 目	全顎缺牙	<input type="checkbox"/> 上、下兩顎 <input type="checkbox"/> 單顎 ( <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下)		<p style="text-align: center;">繪 圖</p> <p style="text-align: center;">-----繪圖浮貼處-----</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>右側</span> <span>左側</span> </div>  <p style="text-align: center; font-weight: bold;">【請在牙齒部位圖上標示】</p>
	活 動 假 牙	<input type="checkbox"/> 上顎橫跨中線_____顆 <input type="checkbox"/> 下顎橫跨中線_____顆 *游離端至少缺牙連續2顆(含)以上或單顎缺牙4顆(含)以上始符合補助條件		
	預定製作 活動假牙 模 式	上 顎 <input type="checkbox"/> 半口 <input type="checkbox"/> 部分 下 顎 <input type="checkbox"/> 半口 <input type="checkbox"/> 部分	<input type="checkbox"/> 全口	
	預定製作 固定假牙 部 位	<input type="checkbox"/> 鑄心，部位：_____ <input type="checkbox"/> 金屬鑄造冠，部位：_____ <input type="checkbox"/> 金屬瓷冠，部位：_____		

**一、預計診治步驟詳細說明**


二、申請補助金額：新臺幣 \_\_\_\_\_元整  
 (中低收入戶最高申請補助 2 萬元，低收入戶最高申請補助 4 萬元)

三、可補助金額：新臺幣 \_\_\_\_\_元整

裝置前審 查小組之 審查結果	<input type="checkbox"/> 通過、核准補助金額： _____元	審 查 委 員 核 章	
	<input type="checkbox"/> 退件，理由： _____		
			_____年 _____月 _____日

\*注意事項:內容若有修改處，請於該處加蓋醫師章。

附件 9、裝置前、後相片

申請人姓名：\_\_\_\_\_ 身分證統一編號：\_\_\_\_\_

一、裝置前審查：(請浮貼、照片需載明拍照日期及申請人姓名)			
口內照片：上顎咬合面照片 1 張、下顎咬合面照片 1 張。			
口外照片：全臉(額頭以下、頸部以上)正面照(張口露齒)1 張。			
二、裝置後審查：(請浮貼、照片需載明拍照日期及申請人姓名)			
活動假牙：排牙後上、下顎石膏正面照片各 1 張。 固定假牙：製作部位模型照片 1 張。			
活動假牙照片：上顎咬合面照片 1 張、下顎咬合面照片 1 張。 固定假牙照片：上顎咬合面照片 1 張、下顎咬合面照片 1 張，如有申請鑄心，需於假牙裝置前 拍攝鑄心照片或於術後附上 X 光片，且照片需能辨識鑄心。 (照片需能清楚呈現假牙裝置情形)			
口外照片：全臉(額頭以下、頸部以上)正常咬合正面照片 1 張(正常咬合可與排牙照比對)。			
實際完成日期： 受理醫師核章：	申請人(或代理人)簽名或蓋章 (裝置假牙完成後)		
裝置後 審查小組之 審查結果	<input type="checkbox"/> 通過  <input type="checkbox"/> 退件，理由：	審查委員 核章	_____年____月____日

64 歲以下(中)低收入戶身心障礙者口腔醫療照護補助撥款申請書

本醫療院所診治\_\_\_\_\_ (先生/女士)活動假牙一案，診治計畫書(如附)完成診治，檢送該診治費用新臺幣\_\_\_\_\_元整之領據 1 份暨治療前、後之口內對照相片，請惠予撥款至：

金融機構名稱：

帳 戶：

帳 號：

(請附醫療院所指定之金融機構存摺封面影本)

醫療院所名稱：

負 責 人：



(關防)



(負責人印章)

中華民國 年 月 日



7 \*注意事項:內容若有修改處，請於該處加蓋關防。

桃園市政府衛生局所得請款領據(報帳請款聯)				
(第一聯)				
_____年_____月_____日				
醫療院所名稱	(全銜)		(醫療院所關防蓋章處)	
負責診治醫師簽章				
費用別	桃園市政府衛生局「_____年度 64 歲以下(中)低收入戶身心障礙者口腔醫療照護補助計畫」_____ (裝置者姓名)活動假牙裝置費。			
所得金額	新臺幣		元整	
<b>上列款項已向桃園市政府衛生局如數領訖</b>				
醫療院所統一編號				
醫療院所地址			醫療院所電話	
匯款金融機構名稱				
帳 號	(匯費 30 元由受款人負擔)			
醫療院所 負責人簽章		醫療院所 會計簽章 <small>(若無該單位則免核章)</small>		醫療院所 出納簽章 <small>(若無該單位則免核章)</small>

桃園市政府衛生局所得請款領據(報稅存根聯)				
(第二聯)				
_____年_____月_____日				
醫療院所名稱	(全銜)		(醫療院所關防蓋章處)	
負責診治醫師簽章				
費用別	桃園市政府衛生局「_____年度 64 歲以下(中)低收入戶身心障礙者口腔醫療照護補助計畫」_____ (裝置者姓名)活動假牙裝置費。			
所得金額	新臺幣		元整	
<b>上列款項已向桃園市政府衛生局如數領訖</b>				
醫療院所統一編號				
醫療院所地址			醫療院所電話	
匯款金融機構名稱				
帳 號	(匯費 30 元由受款人負擔)			
醫療院所 負責人簽章		醫療院所 會計簽章 <small>(若無該單位則免核章)</small>		醫療院所 出納簽章 <small>(若無該單位則免核章)</small>



桃園市政府衛生局

64 歲以下(中)低收入戶身心障礙者口腔醫療照護補助異動申請單

申請人資料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證 字號	
	合約醫療院所					
	補助項目					
申請變更事項說明		<input type="checkbox"/> 口腔狀況改變，但申請項目、補助金額不變。改變之說明：_____。 _____。 <input type="checkbox"/> 申請裝置展期。原因及說明：_____。 _____。 <input type="checkbox"/> 需改變申請項目及補助金額(請修正診治計畫書並重新審查)。 <input type="checkbox"/> 其他。說明：_____。 _____。				
合約醫療院所簽章：			申請人簽章：			
填單日期： 年 月 日			(若因個人因素展期需申請人簽章)			
備註：						
桃園市政府衛生局長期照護科		電話：(03)336-8556		傳真：(03)332-1338		
承辦人		覆核		單位 主管		
治療前、後 審查 小組 之 審查 結果	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 退件(理由：_____) ) 審核人員簽章：_____ 審核日期： 年 月 日			審查委員核章	_____年____月____日	

## 切結書

本人\_\_\_\_\_確實於\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至  
\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日接受\_\_\_\_\_ (院所名稱)提供  
之桃園市64歲以下(中)低收入戶身心障礙者口腔醫療  
照護補助服務，申請補助金額共計新臺幣\_\_\_\_\_元整。

補助項目：

- 防蛀封劑    不銹鋼牙冠    成型乳門牙透明牙套  
單側空間維持器    雙側空間維持器  
鑄心(固定假牙)    金屬鑄造冠(固定假牙)  
金屬瓷冠(固定假牙)  
活動假牙，樣態：\_\_\_\_\_

特此證明。

立據人：\_\_\_\_\_

身分證統一編號：\_\_\_\_\_

出生日期：\_\_\_\_\_

中華民國      年      月      日

桃園市 64 歲以下(中)低收入戶身心障礙者口腔醫療照護補助計畫自費同意書

中華民國： 年 月 日

\_\_\_\_\_ (姓名)係桃園市 64 歲以下(中)低收入戶身心障礙者口腔醫療照護補助計畫之申請人，

本人或家屬經醫師\_\_\_\_\_詳細說

明並充分瞭解後，自願負擔補助之額外費用，共新臺幣\_\_\_\_\_元。

此致 桃園市政府衛生局

立同意書人：\_\_\_\_\_ (簽章)

與病人關係：\_\_\_\_\_

立同意書人身分證號：\_\_\_\_\_