

南投縣政府老人裝置假牙補助審查申請書(110年)

申請日期：110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"/> 低收入戶者、中低收入戶 <input type="checkbox"/> 領有中低收入老人生活津貼 <input type="checkbox"/> 經政府全額補助收容安置 <input type="checkbox"/> 領有身心障礙生活補助者 <input type="checkbox"/> 經各級政府補助身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用達50%以上											
	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)											
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
	身分證字號									聯絡電話		
	郵遞區號 通訊地址											
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)											
裝置假牙醫療院所												
第一類：_____公所 (初審核章)					第二類：_____衛生所 (初審核章)							
<input type="checkbox"/> 符合本縣老人裝置假牙補助標準規定 <input type="checkbox"/> 不符合本縣老人裝置假牙補助標準規定												
承辦人							收件人					
課長							承辦人					
鄉鎮市長							主任					
南投縣政府社會及勞動處(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補助，退件												
承辦人				科長				處長				

切
結
書

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**同一顎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。

(如為代理申請，代理人應將表內事項詳細告知申請人)

此致

南投縣政府社會及勞動處

申請人簽章：_____



第一類、第二類申請項目：

第一類申請項目：

- 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. 活動假牙維修費
 - 假牙破裂維修費/單顎
 - 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、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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

建議裝置上下顎(全口)、(部分)活動假牙

建議活動假牙維修項目：

上顎()活動假牙，估_____元

假牙破裂維修費：_____顆，_____元

下顎()活動假牙，估_____元

假牙添加費：_____顆，_____元

上顎(顆)固定式假牙，估_____元

假牙線勾：_____個，_____元

下顎(顆)固定式假牙，估_____元

假牙硬式襯底：_____座，_____元

診治醫師

估算金額

醫療院所簽章：

南投縣 _____ (市、鎮、鄉) _____ 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。