

檔 號：
保存年限：

宜蘭縣政府 函

地址：260宜蘭縣宜蘭市同慶街95號(社會處)

承辦人：施曉芳

電話：1999(縣外請撥03-9328822分機206)

電子信箱：eelic@mail.e-land.gov.tw

受文者：大同鄉公所

發文日期：中華民國111年2月16日

發文字號：府社老障字第1110023877B號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文(111D015696_111D2007100.pdf、111D015696_111D2007101.pdf、111D015696_111D2007102.pdf、111D015696_111D2007103.pdf)

主旨：檢送本府「111年度宜蘭縣65歲(原住民55歲)以上老人裝置全口假牙計畫」及相關申請表件，惠請轉貼公告，並依相關規定辦理是項業務，請查照。

說明：

一、本案補助對象及資格限制：

(一)年齡：65歲(原住民55歲)以上長輩。

(二)戶籍：設籍本縣一年(含)以上，且計畫開辦期間仍設籍本縣。

(三)符合裝置假牙資格(需符合下列條件)：

1、申請人每月總收入為最低生活費2.5倍以上未達3倍。

2、申請人動產200萬元以內及不動產750萬元以內(需先於宜蘭縣補助裝置假牙實施計畫申請表上同意查調本人財稅資料等)。

3、申請人『已不具有功能性牙齒，且殘根經特約牙醫診所醫生專業評估不影響假牙裝置可予以保留，即符合申請本假牙補助資格』。

(四)本計畫自3月1日起開放申請，提出申請且獲補助者，五年



內不得重複申請。

二、補助類別及補助金額：

- (一)上下顎全口活動假牙補助金額4萬元，且需負擔差額。
- (二)申請人完成假牙裝置後，申請人免先行墊付核定之款項，該款項由主辦機關逕撥付就診之醫療院所。

三、申請程序：

- (一)申請補助裝置假牙者，需先填寫宜蘭縣補助裝置假牙實施計畫申請表後，由公所將申請案件逕送本府審查核發資格證明，始得證明後需於2個月內逕向本府簽約之醫療院所就診評估，倘無故逾期或限期內未就診視同放棄補助資格，並五年內不得再提出申請。
- (二)醫療院所填寫診治計畫並拍攝申請人口腔情形，將申請表件請資料送本府審核。
- (三)本府審核完竣，將結果函知申請人及醫療院所，通過後才可進行裝置假牙。
- (四)申請人完成裝置假牙，醫療院所應檢具申請表、診斷計畫書、申請人術前、術後照片、領據(須按金額千分之四，於領據正面貼印花稅票)、收據正(影)本等文件向本府請款。

四、隨文檢附相關實施計畫、申請表、核銷表件、流程圖，送件時請依規定辦理。

正本：各鄉鎮市公所

副本：本府社會處(含附件)

