

澎湖縣望安鄉公所補助中高齡假牙裝置要點第五點修正總說明

澎湖縣望安鄉公所為使轄內中高齡者獲得牙齒醫療保健，重建牙齒正常咀嚼功能，並落實中高齡者福利服務政策。「澎湖縣望安鄉公所補助中高齡假牙裝置要點」自 102 年 12 月 12 日望社字第 1020102404 號令發布自 103 年 1 月 1 日施行，實施至今歷經 3 次修正(109 年 5 月 20 望社字第 10901010431 號函、110 年 7 月 20 日望社字第 1100101377 號函及 113 年 4 月 1 日望社字第 1130100502 號函修正施行)。為考量民眾需求，特修訂本要點，爰擬具本要點修正草案，修正第五點，其修正本要點短補助年限。

澎湖縣望安鄉公所補助中高齡假牙裝置要點草案第五點

修正條文對照表

修 正 條 文	現 行 條 文	說 明
<u>五、補助限制：</u> (一)凡符合資格申請者每人補助以<u>三年</u>一次為限，經核准補助者，自核准之日起一年內為之，逾期註銷補助資格，並於裝置後檢附醫療院所開立之收據正本〈收據上須註明製作假牙態樣〉並檢附裝置假牙之前、後照片。 (二)如檢附照片顯有困難者請填妥切結書，且收據費用項目所列假牙態樣須與診斷說明書所述相符，始得依裝置假牙類別規定請領補助款。 (三)另申請人裝置假牙費用低於補助金額時，則依實際支出為補助標準。	<u>五、補助限制：</u> (一)凡符合資格申請者每人補助以<u>五年</u>一次為限，經核准補助者，自核准之日起一年內為之，逾期註銷補助資格，並於裝置後檢附醫療院所開立之收據正本〈收據上須註明製作假牙態樣〉並檢附裝置假牙之前、後照片。 (二)如檢附照片顯有困難者請填妥切結書，且收據費用項目所列假牙態樣須與診斷說明書所述相符，始得依裝置假牙類別規定請領補助款。 (三)另申請人裝置假牙費用低於補助金額時，則依實 際支出為補助標準。	修正補助期限，五年修正為三年。

澎湖縣望安鄉公所補助中高齡假牙裝置要點

中華民國 102 年 12 月 12 日望社字第 1020102404 號令發布並自 103 年 1 月 1 日施行

中華民國 109 年 5 月 20 日望社字第 10901010431 號修正

中華民國 110 年 7 月 20 日 1100101377 號函修正

中華民國 113 年 4 月 1 日望社字 1130100502 號函修正

中華民國 114 年 6 月 3 日望社字第 1140110025 號函修正

一、補助目的：

望安鄉公所（以下簡稱本所）為使轄內中高齡者獲得牙齒醫療保健，重建牙齒正常咀嚼功能，並落實中高齡者福利服務政策，特訂定本要點。

二、適用對象：

- (1) 本要點適用對象為設籍本鄉一年以上之鄉民，資格限制為年滿五十歲者。
- (2) 經申請澎湖縣政府「中低收入老人假牙裝置補助計畫」核定補助者，不適用本要點之補助規定。

三、補助態樣：

本要點所稱假牙，其型式為固定式及活動式二種，並包含以下五大類：

- (1) 包括裝置全口假牙最高可補助新臺幣三萬元。
- (2) 上（下）顎半口假牙併下（上）顎部份假牙，最高補助新臺幣二萬五千元。
- (3) 上（下）顎半口假牙，最高補助新臺幣二萬元。
- (4) 上、下顎部份假牙，最高補助新臺幣二萬元。
- (5) 上（下）顎部份假牙，最高補助新臺幣一萬元。

四、申請流程：

- (1) 申請人應先至具有合格牙醫師證書、開業執照及執業執照且為全民健康保險特約之公私立醫療院所診治，並於取得診斷證明書（須註明製作假牙之態樣）三個月內，及三個月內之戶籍謄本正本併申請表，並採事前申請制，經本所核定後，始得補助。
- (2) 若有填報不實、隱匿事實、溢領補助或違反相關法令情事者，其所領取之補助，由本所以書面通知本人或其法定繼承人於三十日內返還；屆期未返還者，依法移送強制執行，涉及刑責者移送司法機關辦理。

五、補助限制：

- (1) 凡符合資格申請者每人補助以三年一次為限，經核准補助者，自核准之日起一年內為之，逾期註銷補助資格，並於裝置後檢附醫療院所開立之收據正本〈收據上須註明製作假牙態樣〉並檢附裝置假牙之前、後照片。
- (2) 如檢附照片顯有困難者，請填妥切結書，且收據費用項目所列假牙態樣須與診斷說明書所述相符，始得依裝置假牙類別規定請領補助款。
- (3) 另申請人裝置假牙費用低於補助金額時，則依實際支出為補助標準。

六、經費來源：

本要點所需經費由本所編列年度預算支應，並視本鄉實際財源情況，酌予調整發放額度或停止發放。

澎湖縣望安鄉公所補助中高齡假牙裝置申請表

申請人基本資料

姓

性別

☐ 男

☐ 女

出生年月 日

年 月 日

身分證

字 號

連絡

電話

家電：

手機：

戶籍地址

澎湖縣望安鄉 村 鄰 號

通訊地址

☐同上 ☐另列如下：

應備文件

☐三個月內之戶籍謄本正本 ☐合格牙醫之診斷證明書
切結書

本人 申請澎湖縣望安鄉公所補助中高齡假牙裝置，本人已充分了解並符合本補助申請補助對象資格規定，上述所填各項資料及所附文件均完全屬實；如有填報不實、隱匿事實、溢領補助或違反相關法令情事，本人所領取之補助，由本人或法定繼承人於 30 日內返還；屆時未返還者，依法移送強制執行，涉及刑責者移送司法機關辦理，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

澎湖縣望安鄉公所

申請人（或代理人）簽章：_____

申請態樣（請勾選）

補助態様（上、下顎須作勾註）

備註

核章

全口假牙

村幹事

上(下)顎半口假牙

承辦人

上(下)顎半口假牙併下(上)顎部份假牙

課 長

上、下顎部份假牙

秘書

上(下)顎部份假牙

鄉長

申請日期： 年 月 日

澎湖縣望安鄉公所補助中高齡假牙裝置申請切結書

本人於_____年_____月_____日申請望安鄉公所補助中高齡假牙，因_____（原因）無法提供假牙裝置前（後）照片，特此切結書，茲證明與診斷說明書上所列內容相符，如有違前列事實者，願負一切法律責任，撤銷申請資格並繳回已撥付之款項。

具切結人：

身份證字號：

具切結人戶籍地址：

具切結人通訊地址：

連絡電話：（市話）

（手機）

中華民國

年

月

日