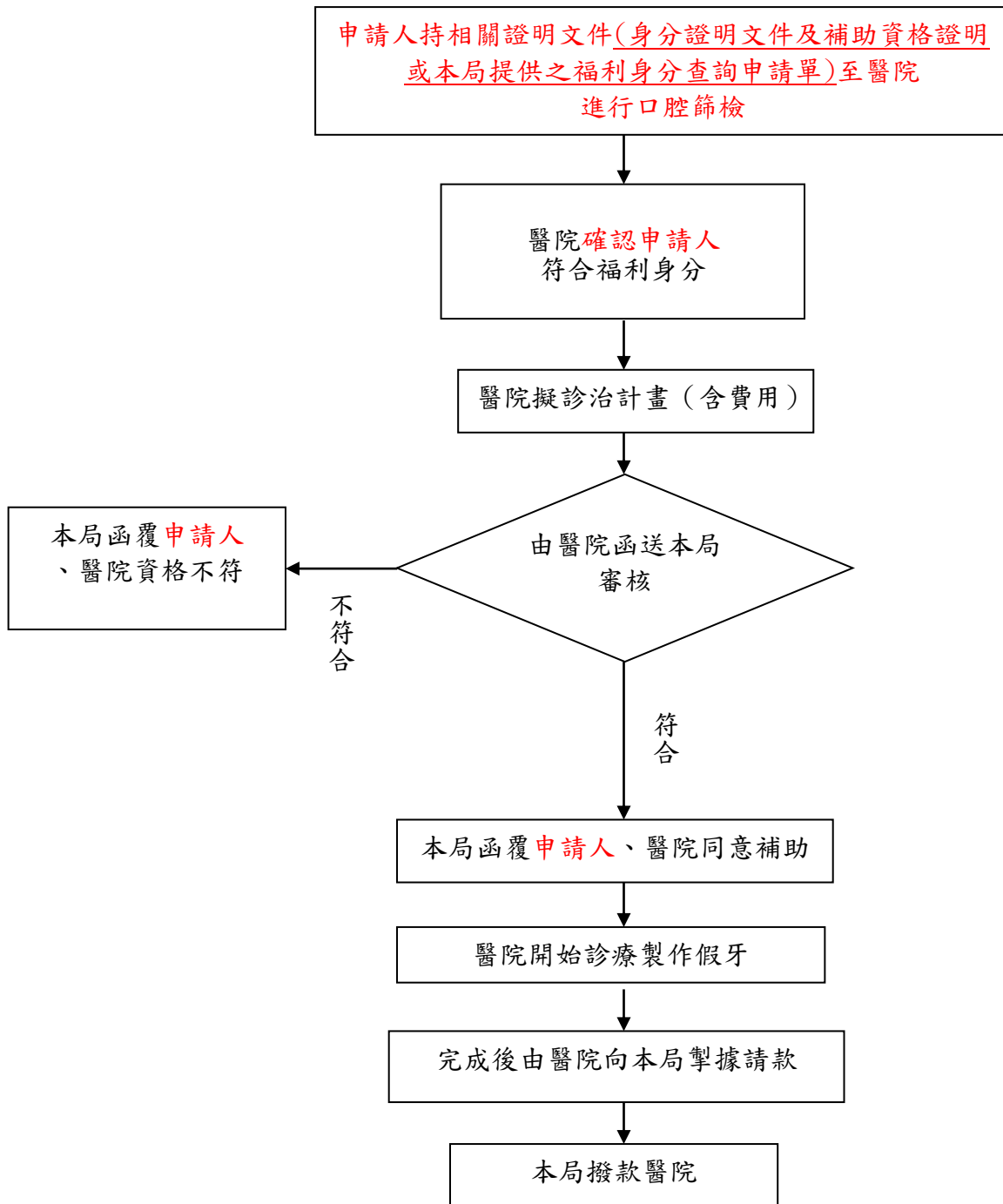
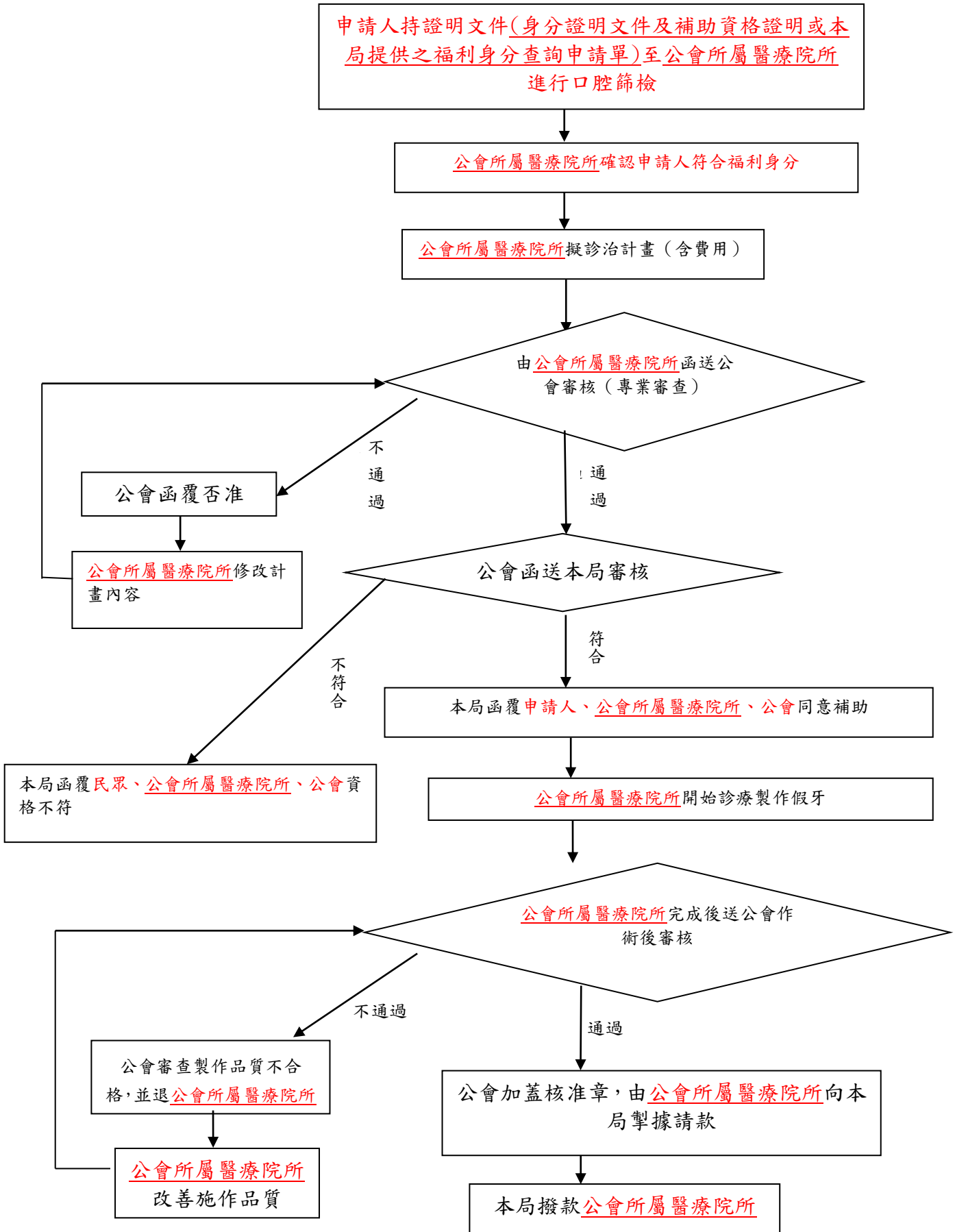


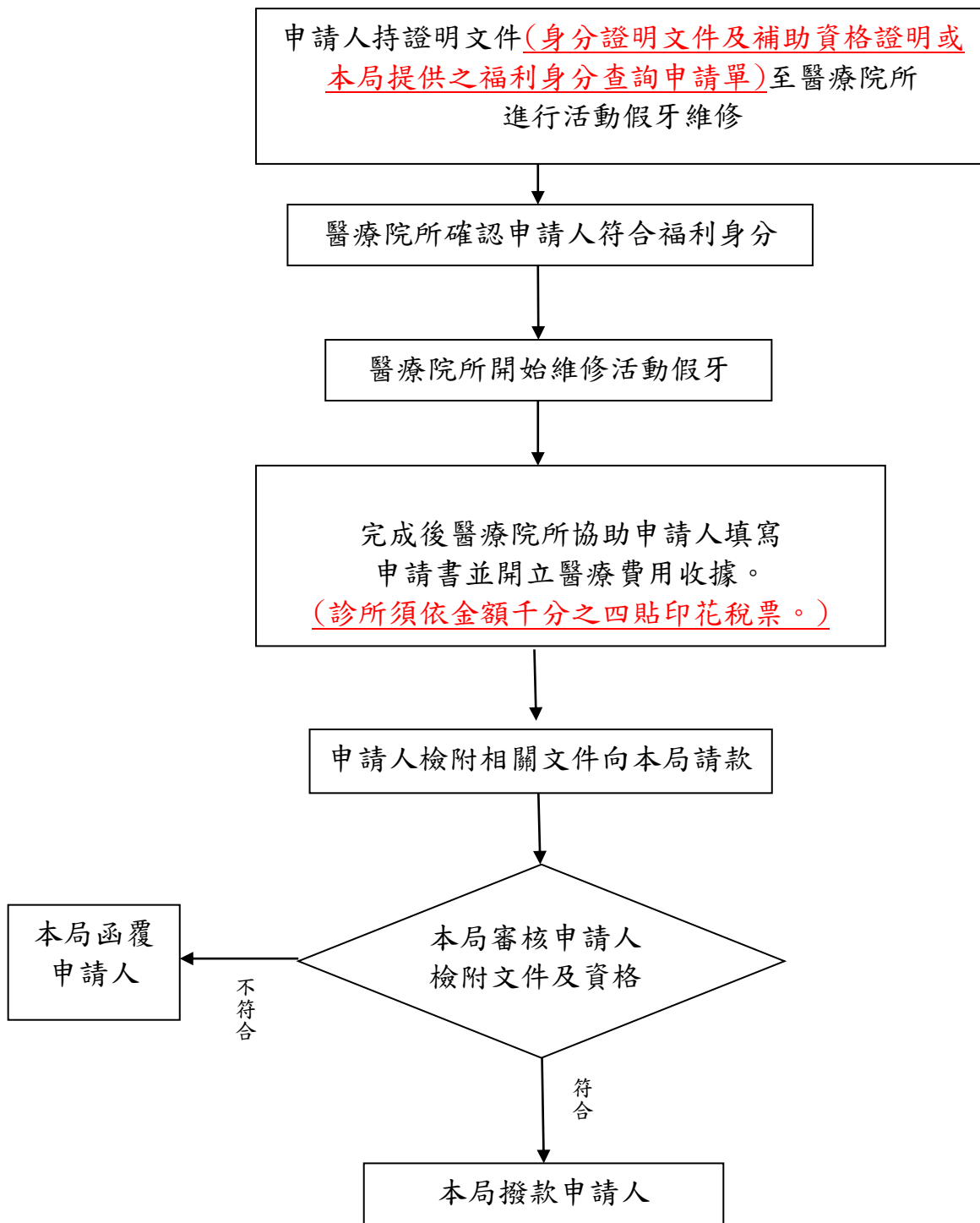
# 臺北市政府社會局中低收入老人假牙補助— 市立聯合醫院及市立醫院作業流程



# 臺北市政府社會局中低收入老人假牙補助— 臺北市牙醫師公會所屬醫療院所作業流程



### 臺北市政府社會局中低收入老人假牙補助— 活動假牙維修費用補助程序



**臺北市政府社會局**  
**中低收入老人補助裝置假牙**  
**補助對象同意補助款撥付醫療院所切結書**

本人 \_\_\_\_\_ 同意由 \_\_\_\_\_ 診所/醫院 向臺北市政府社會局提出製作及裝置假牙申請，並由該醫療院所預先支付製作及裝置費用，並同意假牙製作及裝置完成後，由上開醫療院所向臺北市政府社會局提出假牙費用補助申請，並同意臺北市政府社會局將假牙補助費用撥至該醫療院所帳戶。

此致

臺北市政府社會局

姓名：

身分證統一編號：

連絡電話：

地址：

中 華 民 國                      年                      月                      日

## 臺北市政府辦理中低收入老人補助活動假牙維修費申請表

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
	身分證字號	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			聯絡電話	
	戶籍地址					
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 另列如右：				
	篩檢醫療院所名稱					
福利身分	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 領有中低收入老人生活津貼 <input type="checkbox"/> 中低收入領有收容安置補助者 <input type="checkbox"/> 身障者日間照顧及住宿式照顧費用 50%以上老人。 <input type="checkbox"/> 領有身心障礙生活補助者 <input type="checkbox"/> 公費收容安置者					
此次維修活動假牙項目： 已於：____年____月____日裝置完成				申請補助應備文件		
申請項目及費用	➤ 假牙維修 <input type="checkbox"/> 破裂維修 部位 _____ 費用 _____ <input type="checkbox"/> 添加費 部位 _____ 費用 _____ <input type="checkbox"/> 線勾 部位 _____ 費用 _____ <input type="checkbox"/> 硬式襯底/座 部位 _____ 費用 _____					
切結書	本人_____ 茲申請中、低收入老人補助假牙維修費，本人已充分了解並符合本計畫申請補助對象資格規定，且未於規定期限內領有相同補助，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。(如為代理申請，代理人應將表內事項詳細告知申請人) 此致 臺北市政府社會局 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">申請人簽/章： _____</div>					
申請日期	中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日					

## 個人資料蒐集/處理/利用同意書（必填）

依據「個人資料保護法」規定，取得您提供的個人資料，需告知下列事項，懇請您耐心閱讀：

- 1、取得之目的：為了**審核中低收入老人補助裝置假牙資格**之用。
- 2、取得之內容：姓名、身分證字號、聯絡方式.....等，詳如**申請表**。
- 3、運用個人資料之期間、地區、對象及方式：
  - (1) 期間：永久保存，以便持續提供社福資訊、關懷與服務。
  - (2) 地區：中華民國所在各地區。
  - (3) 對象：中華民國各政府機關（構）或經政府委託之各團體、機構。
  - (4) 方式：以電腦或非電腦利用之方式。
- 4、就您提供之個人資料，您本人得親自或書面行使下列權利：
  - (1) 查詢、請求閱覽或請求提供複印本。
  - (2) 請求補充或更正，惟依法請您提出釋明。
  - (3) 請求停止蒐集、處理或運用，並可請求刪除。但另有法律規定者，得不依您的請求辦理。
- 5、**您可自由選擇是否提供個人資料，若您拒絕提供所需之個人資料或提供不完全時，本局即無法審核您所申請之補助或各項事宜，尚祈見諒。**
- 6、本告知內容如有修訂，請至臺北市政府社會局網站查閱，恕不另行通知。

**經社會局向本人告知上開事項，本人已清楚瞭解社會局蒐集、處理或運用本人個人資料之目的及用途。**

**\* 本人簽名：** \_\_\_\_\_

**填表日期：** \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

**臺北市政府社會局**  
**中低收入老人補助裝置假牙及維修實施計畫**  
**福利身份查詢申請單**

105.12.16 修

假牙製作及裝置之 申請人基本資料	姓 名									
	身份證字號									
	聯絡電話									
查詢單位										
查詢單位聯絡方式	電子郵件									
	聯絡電話									
	傳 真									
查詢日期	年			月			日			

本人 \_\_\_\_\_ 同意由 \_\_\_\_\_ 診所/醫院 向臺北市政府社會局提出福利身分查詢，以利補助假牙製作及裝置之申請。

同意人簽章：

查詢單位核章：

————— 以下表格由社會局填寫 —————

<b>回覆方式</b>	<input type="checkbox"/> 電子郵件回覆 <input type="checkbox"/> 電話口頭回覆 <input type="checkbox"/> 傳真回覆		
<b>查詢結果(社會局須用印)</b>	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 領有中低收入老人生活津貼 <input type="checkbox"/> 中低收入領有收容安置補助者 <input type="checkbox"/> 身障者日間照顧及住宿式照顧費用 50%以上老人。 <input type="checkbox"/> 領有身心障礙生活補助者 <input type="checkbox"/> 公費收容安置者		
<b>查詢日期</b>	年	月	日
	<b>回覆日期</b>	年	月 日

※ 請以傳真送出申請單後，請電洽本局確認，以利時限內回復。

聯絡電話：1999（外縣市 02-27208889）轉 6968；傳真：02-27597731

## 中低收入老人補助裝置假牙及維修實施計畫 滿意度問卷調查表

親愛的長輩您好：

感謝您撥冗填寫這份問卷，這份問卷主要是想了解您對於補助裝置假牙措施的滿意情形，請您依照自己的實際情形回答，並在最適當的答案  裡打 。您的寶貴意見，對於政府施政會有很大的幫助。本項調查並不會洩露您個人資料，請放心填答，在此感謝您的協助。

臺北市政府社會局 敬上

聯絡電話：1999 轉分機 6968

### 一、基本資料

#### (一) 戶籍所在地：

1. 中正區    2. 大同區    3. 中山區    4. 松山區    5. 大安區  
6. 萬華區    7. 信義區    8. 士林區    9. 北投區    10. 內湖區  
11. 南港區    12. 文山區

#### (二) 性別：1. 男    2. 女。

#### (三) 社會福利身分別：1. 低收入戶    2. 中低收入戶

3. 中低收入老人生活津貼    4. 中低收入領有收容安置補助者  
5. 領有本市身心障礙者生活補助費  
6. 經本市補助身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用達 50% 以上  
7. 公費收容安置者

#### (四) 出生年月日(民國)：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日。

### 二、請問您從何處知道本項補助計畫(可複選)：1. 電視    2. 報紙 3. 網路    4. 縣市政府    5. 醫療院所    6. 鄰里長    7. 親朋好友 8. 其他\_\_\_\_\_。

### 三、請問您申請假牙補助的時間是\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日； 完成裝置假牙的日期是\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日。

### 四、目前您對裝置的假牙使用感覺：

1. 非常舒適  
2. 舒適  
3. 沒意見  
4. 不舒適  
5. 非常不舒適

### 五、您覺得補助裝置假牙對您的飲食有沒有幫助？

1. 非常有幫助  
2. 有幫助  
3. 沒意見  
4. 沒有幫助



5. 非常沒有幫助

六、 請問您在假牙製作的過程裡，醫療院所沒有再收額外收材料費？

1. 沒有

2. 有一約收費多少元？\_\_\_\_\_。

七、 您覺得這次申請假牙補助的手續方不方便？

1. 非常方便

2. 方便

3. 沒意見

4. 不方便

5. 非常不方便

八、 您對醫療院所之服務態度，感覺如何？

1. 非常滿意

2. 滿意

3. 沒意見

4. 不滿意

5. 非常不滿意

九、 您對醫療院所製作之假牙品質，感覺如何？

1. 非常滿意

2. 滿意

3. 沒意見

4. 不滿意

5. 非常不滿意

十、 您對本市開辦中低收入老人補助裝置假牙計畫滿不滿意？

1. 非常滿意

2. 滿意

3. 沒意見

4. 不滿意（請續答十一）

5. 非常不滿意（請續答十一）

十一、 請問您不滿意的原因是？

十二、 建議事項：

針對本市政府社會局辦理中低收入老人補助裝置假牙及維修實施計畫  
表示不滿意長者辦理後續追蹤服務流程

