# 羅東鎮城市照護—老人口腔保健補助申請書

申請日期：　　年　　月　　日

<table>
<tr><td rowspan="2">申請人<br>姓名</td><td rowspan="2"></td><td>身分證<br>字號</td><td></td><td rowspan="2">申請人<br>資格</td><td rowspan="2">■65 歲以上<br>■設籍滿一年以上<br>□其他：</td></tr>
<tr><td>出生<br>日期</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">通訊地址：</td><td>聯絡<br>電話</td><td></td></tr>
<tr><td>檢附證明<br>文件</td><td colspan="5">■身分證 及 戶口名簿影本(兩項都要)<br>■印章<br>■存摺封面影本<br>■特約牙醫診所建議書(粉紅色)<br>■完成證明書(白色)<br>□其他：</td></tr>
<tr><td rowspan="2">補助項目</td><td colspan="3" rowspan="2">全口活動假牙：□上顎活動假牙<br>□下顎活動假牙<br>□固定假牙＿＿＿＿＿＿顆<br>□植　　牙＿＿＿＿＿＿顆</td><td>申請<br>金額</td><td></td></tr>
<tr><td>補助<br>金額</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3" rowspan="2">※請注意背面尚有切結書<br>※請確認資料是否填寫完整</td><td colspan="2">■金融機構名稱：<br>■金融機構代碼：<br>■局號：<br>■帳號：</td></tr>
</table>

# 切結書

本人 _____申請 113 年度老人口腔假牙照護補助。

保證遵守並符合以下規定：

一、 當年度已申請假牙補助，當年度不得再重覆申請(含至其他特約醫院、診所)

二、 已申請補助假牙部份，終生不得再申請補助(含至其他特約醫院、診所)

三、 已申請宜蘭縣政府全口假牙補助者，終生不得再申請補助(含至其他特約醫院、診所)

四、 當年度已申請宜蘭縣政府中低收入老人假牙補助計畫者，不得再申請補助(含至其他特約醫院、診所)

若有違反上述情形經查明者，同意繳回補助款項，並負擔一切法律責任，特立此切結書為證。

此致

羅東鎮公所

切結人簽名或蓋章：

身分證字號：

地　　址：

電　　話：

中華民國　　年　　月　　日

附件二

# 羅東鎮城市照護-老人口腔保健

黏貼線

請於此浮貼申請人金融存摺封面影本

黏貼線

請於此浮貼申請人身分證正反面影本

| 正面 | 反面 |
| --- | --- |
| | |

附件一

# 羅東鎮城市照護-老人口腔保健

黏貼線

請於此浮貼申請人應裝置義齒建議書（粉色）

黏貼線

請於此浮貼申請人義齒裝置完成書（白色）

# 113 年度羅東鎮公所口腔保健合約診所名冊

※資格要件：
1. 年滿 65 歲以上（足齡）
2. 設籍本鎮 1 年以上（現籍）

| 編號 | 牙醫診所 | 地址 | 聯絡電話 | 醫師 |
|---|---|---|---|---|
| 01 | 天主教靈醫會醫療財團法人羅東聖母醫院 | 羅東鎮中正南路 160 號 | 9544106 | 馬漢光 |
| 02 | 醫療財團法人羅許基金會羅東博愛醫院 | 羅東鎮南昌街 83 號 | 9543131 | 許國文 |
| 03 | 陳維德牙醫診所 | 羅東鎮公正路 237 號 | 9553481 | 陳維德 |
| 04 | 王平安牙醫診所 | 羅東鎮公正路 288 號 | 9565168 | 王平安 |
| 05 | 延林牙醫診所 | 羅東鎮公正路 103 號 | 9561999 | 林志松 |
| 06 | 梁博文牙醫診所 | 羅東鎮公正路 154 號 4 樓 | 9556280 | 方浩次 |
| 07 | 藍牙醫診所 | 羅東鎮民生路 107 號 | 9540784 | 藍纘富 |
| 08 | 昭全牙醫診所 | 羅東鎮南門路 56 號 | 9567125 | 郭昭全 |
| 09 | 仲輝牙醫診所 | 羅東鎮天津路 57 號 | 9573503 | 邱仲輝 |
| 10 | 健菖牙醫診所 | 羅東鎮中正南路 123-1 號 | 9553578 | 傅志堅 |
| 11 | 康慧牙醫診所 | 羅東鎮興東南路 85 號 | 9574699 | 廖志訓 |
| 12 | 瑞祥牙醫診所 | 羅東鎮興東南路 148 號 | 9552797 | 林瑞祥 |
| 13 | 佳恩牙醫診所 | 羅東鎮興東南路 157 號 | 9567323 | 廖幼玫 |
| 14 | 詮佳牙醫診所 | 羅東鎮中山路 3 段 409 號 | 9566928 | 卓祐榆 |
| 15 | 光仁牙醫診所 | 羅東鎮中山路 3 段 348 號 | 9545079 | 李光仁 |
| 16 | 禮綸牙醫診所 | 羅東鎮傳藝路三段 190 號 | 9519667 | 莊禮綸 |
| 17 | 一心牙醫診所 | 羅東鎮維揚路 71 號 | 9617887 | 劉乙誠 |
| 18 | 鼎祐牙醫診所 | 羅東鎮興東路 205 號 | 9530889 | 周祐任 |
| 19 | 五福牙醫診所 | 五結鄉五結路 2 段 389 號 | 9602025 | 楊志文 |

**補助金額：自付額 1/3 至 5000 元**

# 羅東鎮老人口腔保健補助計畫—申請流程圖

## 申　請　人

補助對象：設籍羅東鎮滿一年以上，年滿 65 歲羅東鎮鎮民。

補助項目：符合裝置假牙定義之醫療行為者( 每人一年以一次限 )。

## 特　約　診　所

至特約診所接受口腔健康檢查→製作完成後申請者請持特約牙醫診所開立之完成證明書及診治建議書( 完成證明書上請蓋上診所大章或醫師小章)

## 羅　東　鎮　公　所

攜帶下列檢附文件至本所社會課或各里辦公處辦理申請→本所匯款至各申請者帳戶。

申請應檢附文件：

1、申請書

2、戶口名簿（影本）

3、身分證（影本）

4、印章

5、金融機構存簿封面影本

6、特約牙醫診所建議書和完成證明書

7、必要時應附切結書