

一般老人及中低收 老人假牙審查標準

高雄醫學大學牙醫學系 副教授

高雄醫學大學附設中和紀念醫院牙科部

主治醫師兼部主任 杜哲光

有關自110年度需全口完全無牙，方「符合一般老人全口假牙」補助之認定標準

- 一、110年度一般老人裝置條件設定為「全口無牙、殘根需與牙齦齊高」始列入補助。
- 二、有植體(人工牙根)與牙齦齊高，亦列入一般老人補助對象。

依衛生福利部社會及家庭署109年1月7日召開「研商中低收入老人補助裝置假牙實施計畫相關事宜會議」決議調高中低收入老人各類態樣之補助金額為1.7萬元~4.4萬元，另一般老人假牙補助金額比照中央規定調高為每副活動假牙最高補助4.4萬元。





全民健康保險
NATIONAL HEALTH INSURANCE









- 中低收老人身分，除了6.缺牙具咀嚼功能選項,其他均符合中低收老人假牙的口腔篩檢規定！



↑ 篩檢時口腔上顎彩色照片



篩檢結果：(本欄由篩檢醫師填寫)

1. ☐ 上下顎全口活動假牙2-1. ☐ 上顎全口活動假牙2-2. ☐ 下顎全口活動假牙3-1. ☐ 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙3-2. ☐ 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙4. ☐ 上、下顎部分活動假牙5-1. ☒ 上顎部分活動假牙5-2. ☐ 下顎部份活動假牙6. ☐ 缺牙，具有咀嚼功能

△：代表殘根

X：代表缺牙

○：代表補牙(C&B)

8	7	6	5	4	3	2	1	△	△	3	4	5	6	7	8
X	X	X	X					X		2	3	4	5	6	X

評估說明：

上顎原局部活動假牙 下顎可做固體局部

篩檢完成日期：

108年3月4日

醫療機構名稱：

醫療機構地址：

☐ 符合 ☒ 不符合☐ 有條件通過，依篩檢評估說明裝置，若有所改變，請提出複審。

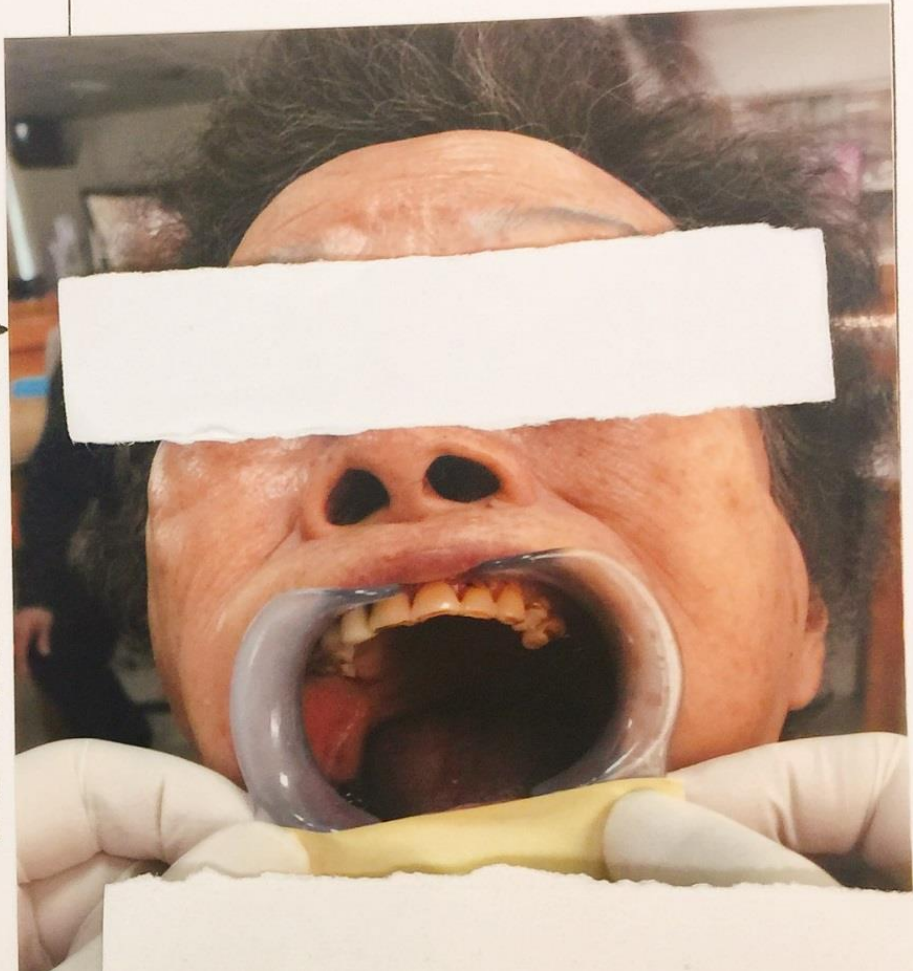
(本欄由高雄市政府補助老人假牙審查小組委員勾選)

編號：8
高雄市政
府老人免

↑ 篩檢時口腔上顎彩色照片



↑ 篩檢時口腔上顎彩色照片



篩檢結果: (本欄由篩檢醫師填寫)

1. ☐ 上下顎全口活動假牙

2-1. ☐ 上顎全口活動假牙

2-2. ☐ 下顎全口活動假牙

3-1. ☐ 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙

3-2. ☐ 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙

4. ☐ 上、下顎部分活動假牙

5-1. ☐ 上顎部分活動假牙

5-2. ☐ 下顎部份活動假牙

6. ☒ 缺牙，具有咀嚼功能

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

△: 代表殘根

X: 代表缺牙

○: 代表補牙(C&B)

評估說明: #17 缺牙

篩檢完成日期: 108 年 3 月 4 日

醫療機構名稱:

醫療機構地址:

☐ 符合 ☒ 不符合

審查
結果

Foodie

☐ 有條件通過，依篩檢評估說明裝置，若有所改變，請提出複審。
(本欄由高雄市政府補助老人假牙審查小組委員勾選)

編號: 8
高雄市政府
府老人免





↑ 篩檢時口腔上顎彩色照片



篩檢結果: (本欄由篩檢醫師填寫)

1. ☐ 上下顎全口活動假牙

2-1. ☐ 上顎全口活動假牙

2-2. ☐ 下顎全口活動假牙

3-1. ☐ 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙

3-2. ☐ 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙

4. ☒ 上、下顎部分活動假牙

5-1. ☐ 上顎部分活動假牙

5-2. ☐ 下顎部份活動假牙

6. ☐ 缺牙，具有咀嚼功能

8	7	6	5	4	3	2	1
8	7	6	5	4	3	2	1

1	2	3	4	5	6	7	8
1	2	3	4	5	6	7	8

△: 代表殘根

X: 代表缺牙

○: 代表補牙(C&B)

評估說明:

如上也檢

篩檢完成日期:

108年3月4日

醫療機構名稱:

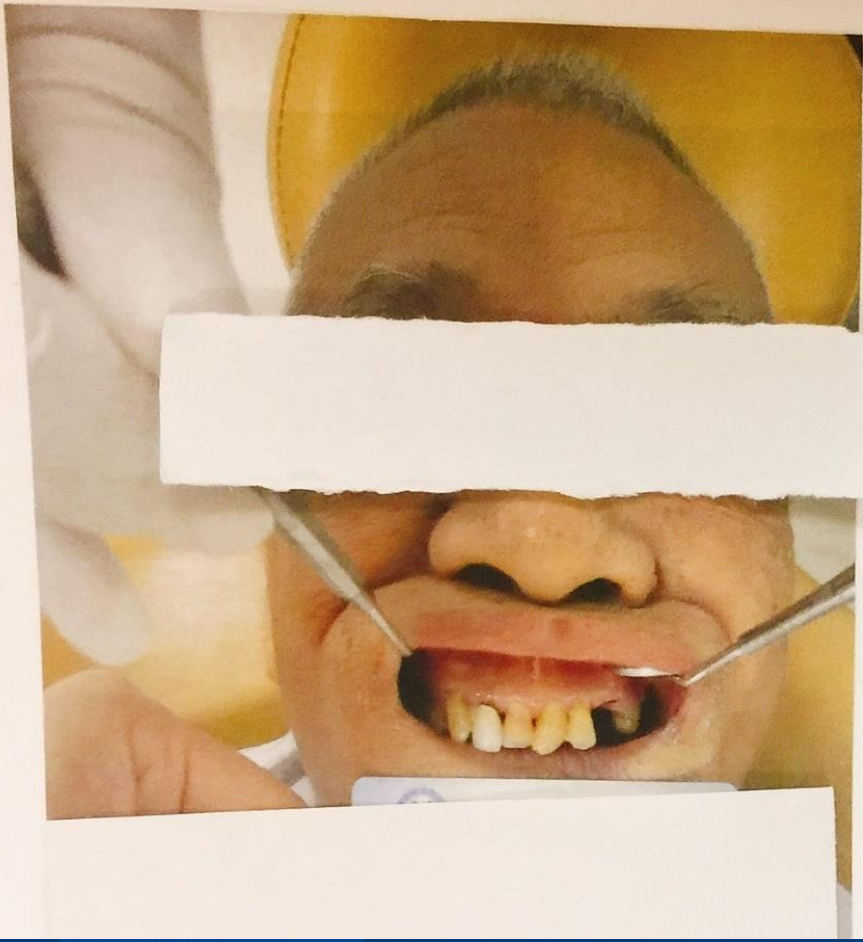
醫療機構地址:

☐ 符合 ☒ 不符合

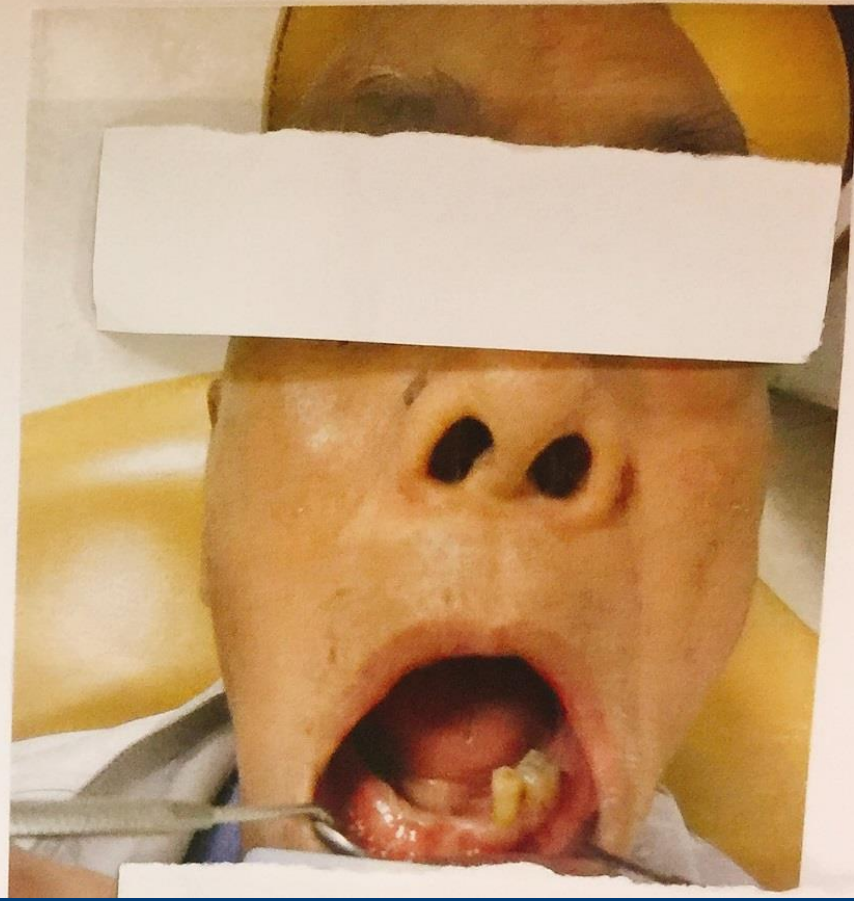
☐ 有條件通過，依篩檢評估說明裝置，若有所改變，請提出複審。

(本欄由高雄市政府補助老人假牙審查小組委員勾選)

編號: 8
高雄市



↑ 篩檢時口腔上顎彩色照片



篩檢時口腔下顎彩色照片

篩檢結果: (本欄由篩檢醫師填寫)

1. ☐ 上下顎全口活動假牙

2-1. ☐ 上顎全口活動假牙

2-2. ☐ 下顎全口活動假牙

3-1. ☐ 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙

3-2. ☐ 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙

4. ☒ 上、下顎部分活動假牙

5-1. ☐ 上顎部分活動假牙

5-2. ☐ 下顎部份活動假牙

6. ☐ 缺牙，具有咀嚼功能

8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1	8 7 3 4 5 6 7 8

△: 代表殘根

X: 代表缺牙

○: 代表補牙(C&B)

評估說明:

殘根宜拔除

篩檢完成日期:

108 年 3 月 4 日

醫療機構名稱:

醫療機構地址:

☐ 符合 ☒ 不符合

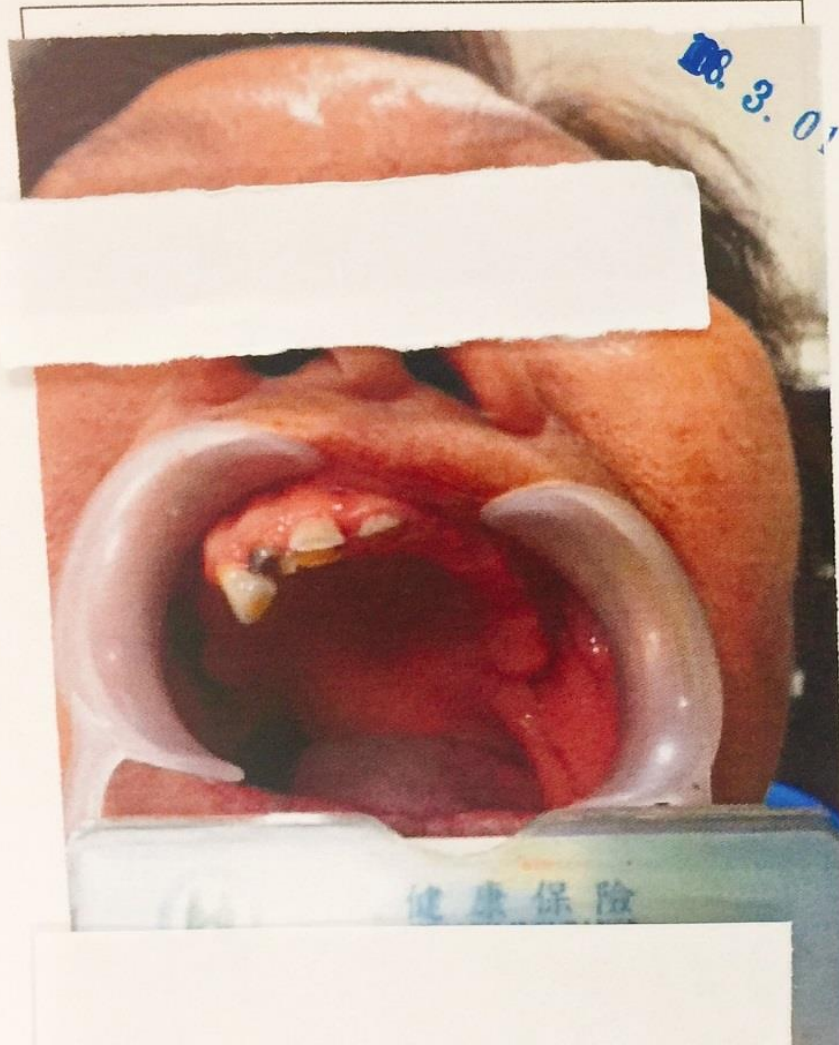
☐ 有條件通過，依篩檢評估說明裝置，若有所改變，請提出複審。

(本欄由高雄市政府補助老人假牙審查小組委員勾選)

審查結果

編號: 8
高雄市政

↑ 篩檢時口腔上顎彩色照片



↓ 篩檢時口腔下顎彩色照片

篩檢結果：(本欄由篩檢醫師填寫)

1. ☐ 上下顎全口活動假牙
- 2-1. ☐ 上顎全口活動假牙
- 2-2. ☐ 下顎全口活動假牙
- 3-1. ☐ 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙
- 3-2. ☐ 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙
4. ☒ 上、下顎部分活動假牙
- 5-1. ☐ 上顎部分活動假牙
- 5-2. ☐ 下顎部份活動假牙
6. ☐ 缺牙，具有咀嚼功能

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

△：代表殘根

X：代表缺牙

○：代表補牙(C&B)

評估說明：上、下顎部分活動假牙。

篩檢完成日期：108年3月1日

醫療機構名稱

醫療機構地址

☐ 符合 ☒ 不符合

☐ 有條件通過，依篩檢評估說明裝置，若有所改變，請提出複審。

(本欄由高雄市政府補助老人假牙審查小組委員勾選)

編號：6
高雄市政府
府老人免



↑ 篩檢時口腔上顎彩色照片



篩檢欄

1. ☐ 上下顎全口活動假牙

2-1. ☐ 上顎全口活動假牙

2-2. ☐ 下顎全口活動假牙

3-1. ☐ 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙

3-2. ☐ 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙

4. ☒ 上、下顎部分活動假牙

5-1. ☐ 上顎部分活動假牙

5-2. ☐ 下顎部份活動假牙

6. ☐ 缺牙，具有咀嚼功能

8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

△: 代表殘根

X: 代表缺牙

○: 代表補牙(C&B)

評估說明: 上下顎部份缺牙

篩檢完成日期: 108 年 3 月 4 日

醫療機構名稱:

醫療機構地址:

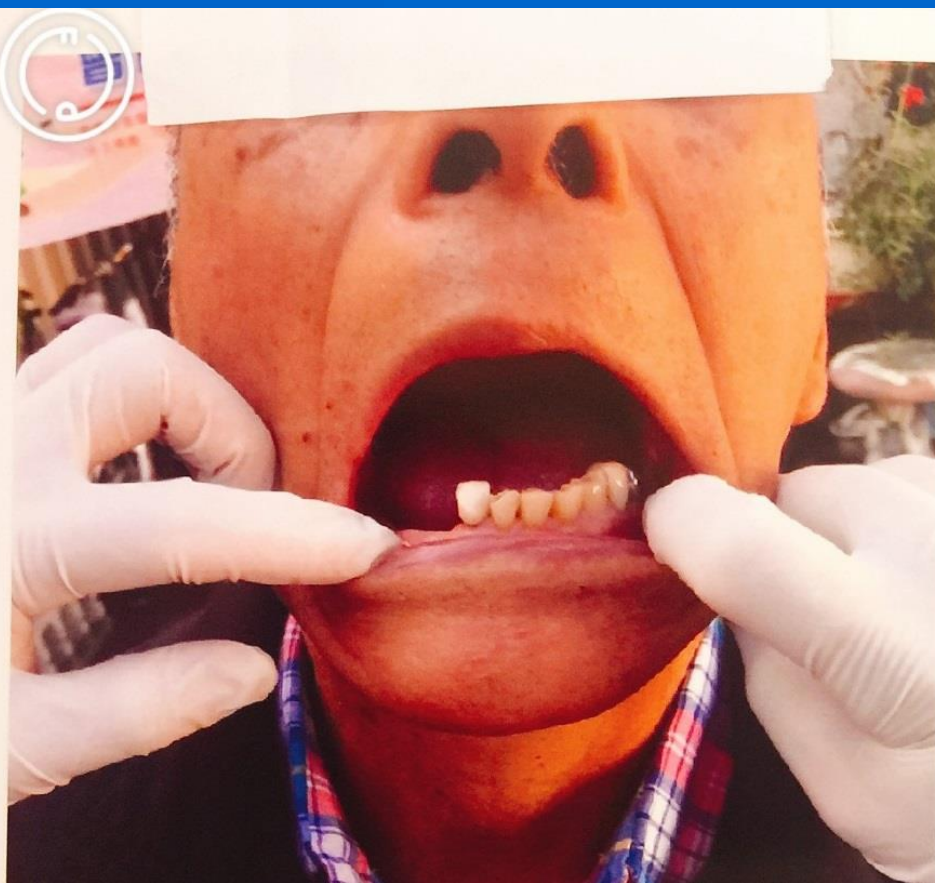
☐ 符合 ☒ 不符合

☐ 有條件通過，依篩檢評估說明裝置，若有所改變，請提出複審。

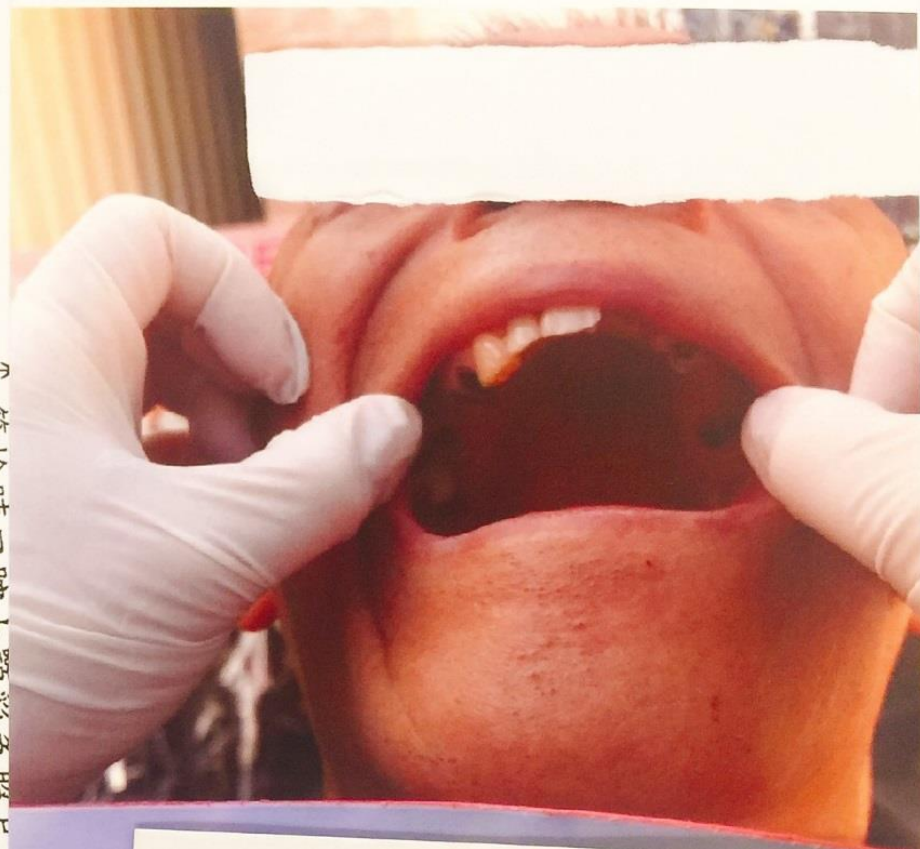
(本欄由高雄市政府補助老人假牙審查小組委員勾選)

審查結果

編號: 8
高雄市政府
23



↑ 篩檢時口腔上顎彩色照片



篩檢結果: (本欄由篩檢醫師填寫)

1. ☐ 上下顎全口活動假牙

2-1. ☐ 上顎全口活動假牙

2-2. ☐ 下顎全口活動假牙

3-1. ☐ 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙

3-2. ☐ 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙

4. ☒ 上、下顎部分活動假牙

5-1. ☐ 上顎部分活動假牙

5-2. ☐ 下顎部份活動假牙

6. ☐ 缺牙，具有咀嚼功能

8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

△: 代表殘根

X: 代表缺牙

○: 代表補牙(C&B)

評估說明:

上下顎局部活動假牙，需修補

篩檢完成日期:

108 年 3 月 4 日

醫療機

師簽章:

醫療機

話:

☐ 符合

☐ 有條件通過，依篩檢評估說明裝置，若有所改變，請提出複審。

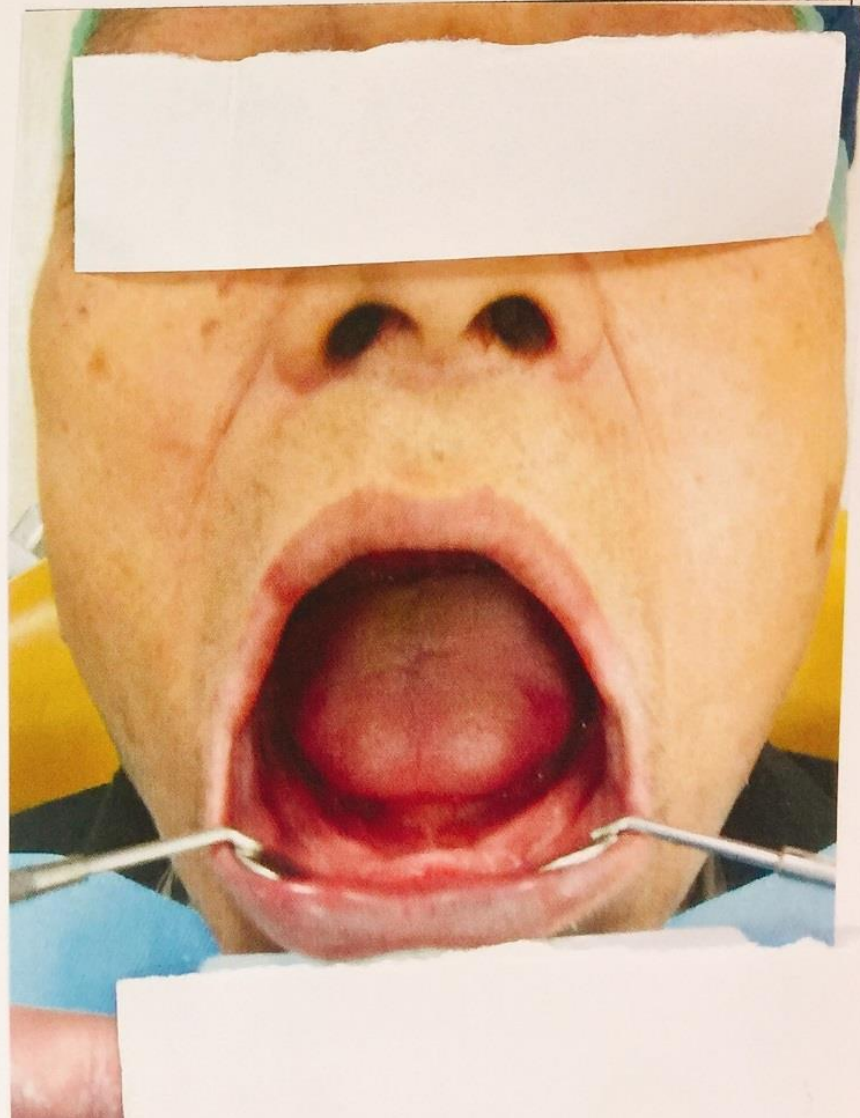
(本欄由高雄市政府補助老人假牙審查小組委員勾選)

審查
結果

編號: 8
高雄市政府
府老人免



↑ 篩檢時口腔上顎彩色照片



篩檢結果: (本欄由篩檢醫師填寫)

1. ☐ 上下顎全口活動假牙

2-1. ☐ 上顎全口活動假牙

2-2. ☐ 下顎全口活動假牙

3-1. ☐ 上顎全口活動假牙, 併下顎部分活動假牙

3-2. ☒ 下顎全口活動假牙, 併上顎部分活動假牙

4. ☐ 上、下顎部分活動假牙

5-1. ☒ 上顎部分活動假牙

5-2. ☐ 下顎部份活動假牙

6. ☐ 缺牙, 具有咀嚼功能

8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

△: 代表殘根

X: 代表缺牙

○: 代表補牙(C&B)

評估說明:

上顎左側門牙嚴重牙周病建議拔除製作部分活動假牙

篩檢完成日期:

108年3月2日

下顎全口活動假牙

醫療機構名稱:

醫療機構地址:

☐ 符合 ☒ 不符合

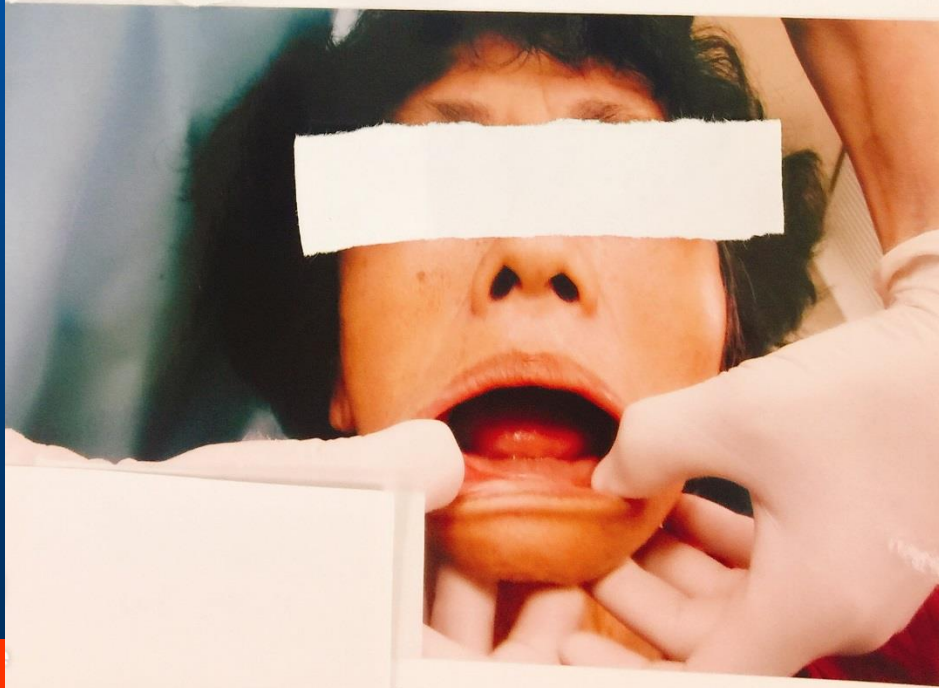
☐ 有條件通過, 依篩檢評估說明裝置, 若有所改變, 請提出複審。

(本欄由高雄市政府補助老人假牙審查小組委員勾選)

高雄市政府
府老人局



顎彩色照片



篩檢結果: (本欄由篩檢醫師填寫)

1. ☐ 上下顎全口活動假牙

2-1. ☐ 上顎全口活動假牙

2-2. ☐ 下顎全口活動假牙

3-1. ☐ 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙

3-2. ☒ 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙

4. ☐ 上、下顎部分活動假牙

5-1. ☐ 上顎部分活動假牙

5-2. ☐ 下顎部份活動假牙

6. ☐ 缺牙，具有咀嚼功能

8 7 6 5 4 (3) (2) (1) | 1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

△: 代表殘根

X: 代表缺牙

○: 代表補牙(C&B)

評估說明: 上顎尚存 321 有牙周問題，下顎全口假牙。

篩檢完成日期:

醫療機構名稱:

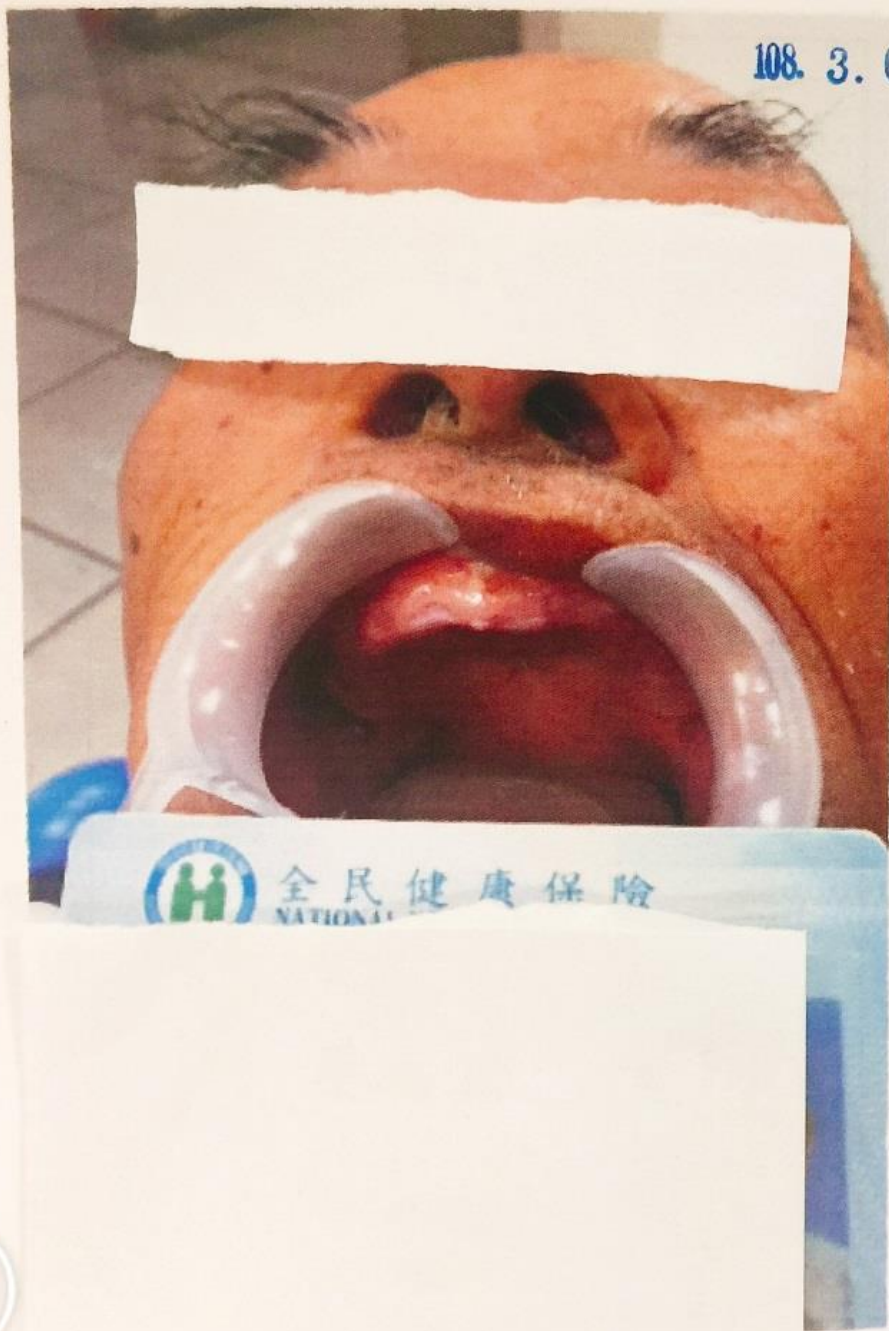
醫療機構地址:

☐ 符合 ☒ 不符合

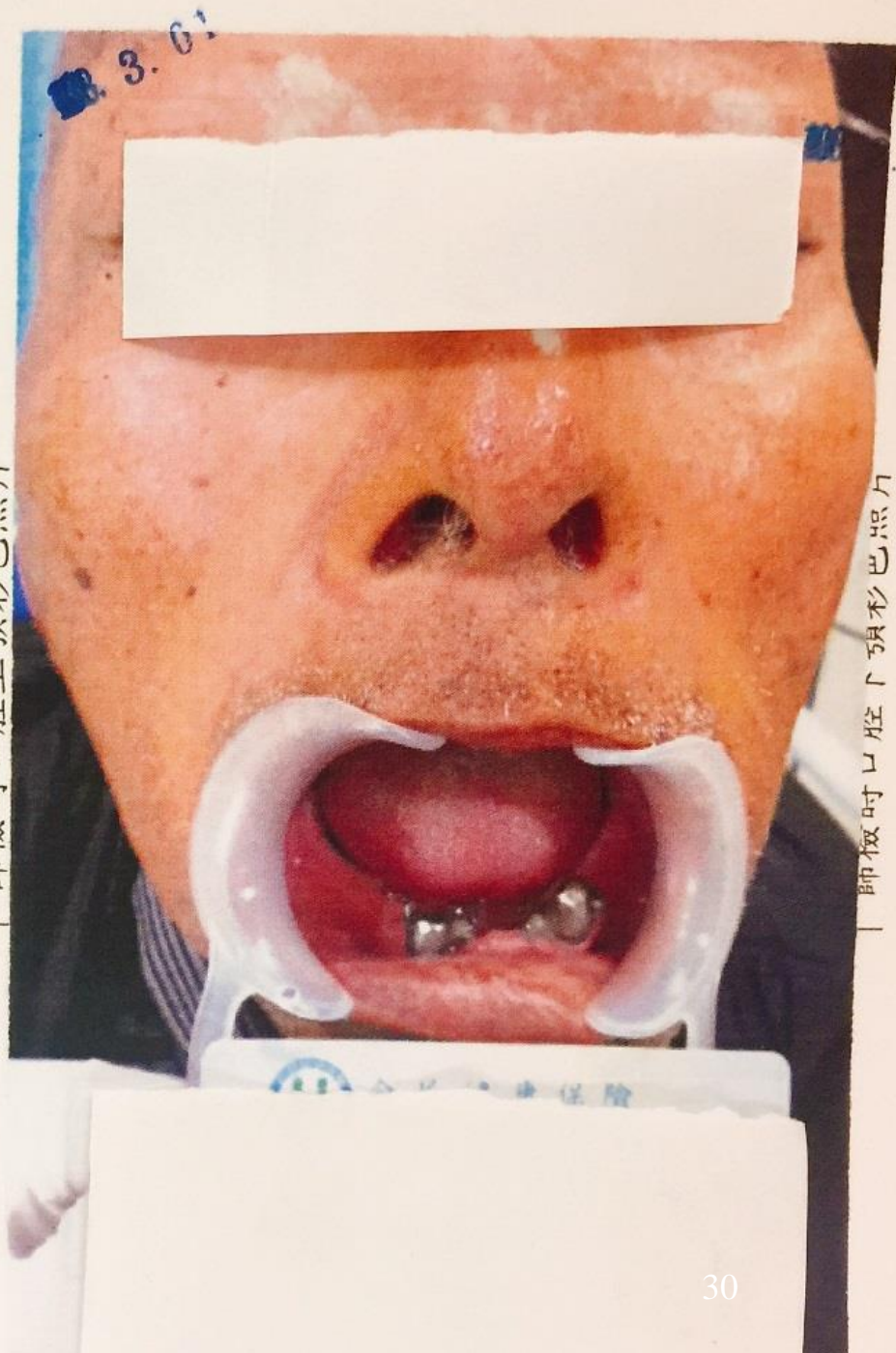
☐ 有條件通過，依篩檢評估說明裝置，若有所改變，請提出複審。

(本欄由高雄市政府補助老人假牙審查小組委員勾選)

編號: 6
高雄市政府
老人局



↑ 篩檢時口腔上顎彩色照片



↑ 篩檢時口腔上顎彩色照片

篩檢結果: (本欄由篩檢醫師填寫)

1. ☐ 上下顎全口活動假牙

2-1. ☐ 上顎全口活動假牙

2-2. ☐ 下顎全口活動假牙

3-1. ☒ 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙

3-2. ☐ 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙

4. ☐ 上、下顎部分活動假牙

5-1. ☐ 上顎部分活動假牙

5-2. ☐ 下顎部份活動假牙

6. ☐ 缺牙，具有咀嚼功能

△: 代表殘根

X: 代表缺牙

○: 代表補牙(C&B)

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

上顎無牙

下顎 3/3 金屬冠 14 為 post-core.

評估說明:

篩檢完成日期:

108 年 3 月 1 日

醫療機

醫療機

☐ 符合

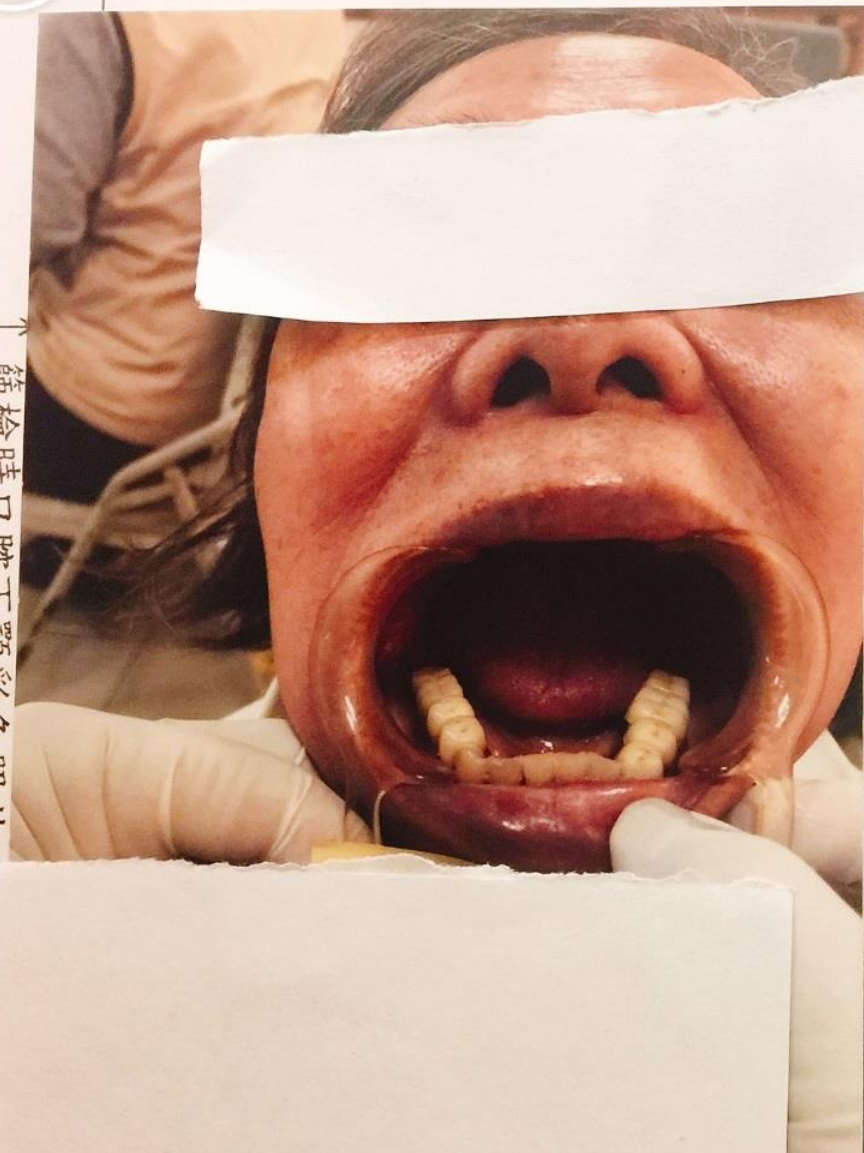
☐ 有條件通過，依篩檢評估說明裝置，若有所改變，請提出複審。

(本欄由高雄市政府補助老人假牙審查小組委員勾選)

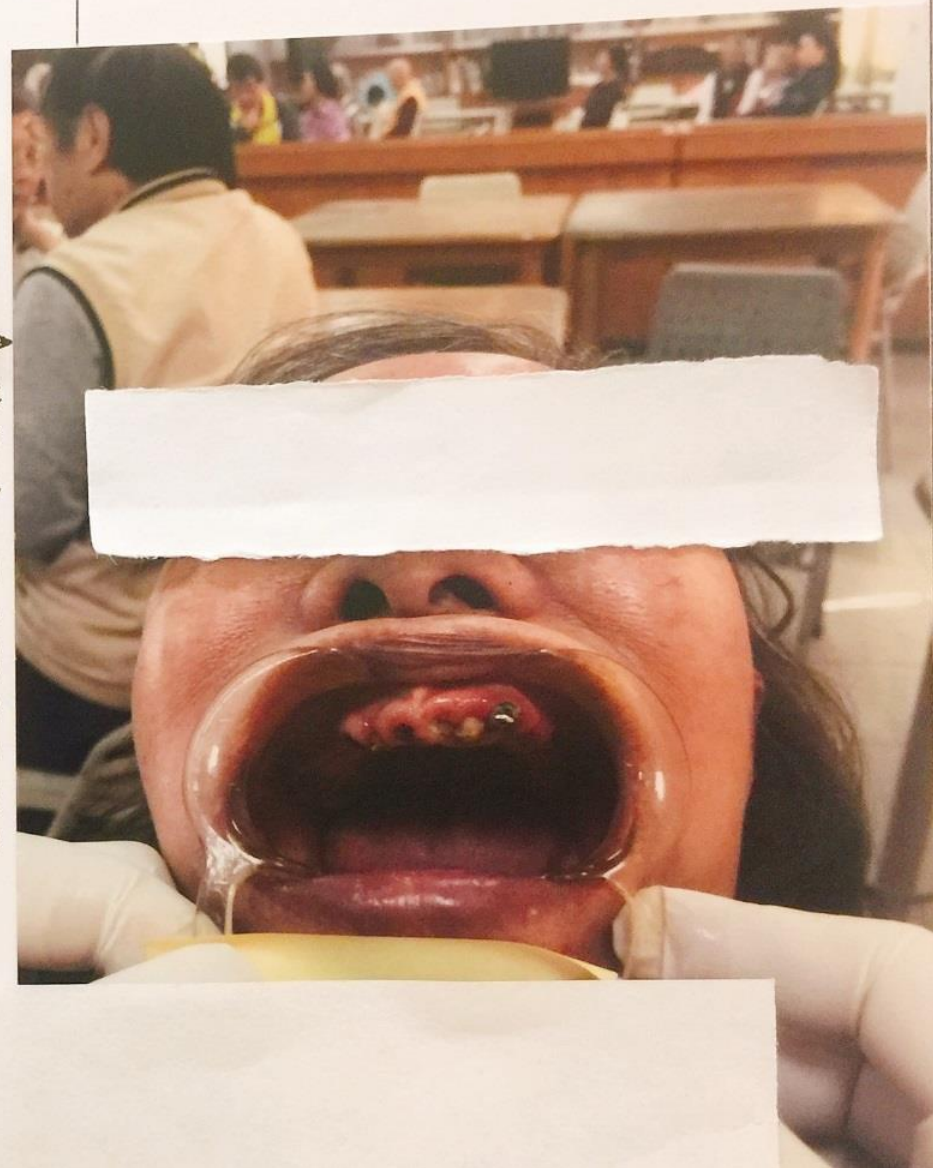
編號: 6

高雄市政

結核性口腔下顎骨炎



↑ 篩檢時口腔上顎彩色照片



篩檢結果: (本欄由篩檢醫師填寫)

1. ☐ 上下顎全口活動假牙

2-1. ☒ 上顎全口活動假牙

2-2. ☐ 下顎全口活動假牙

3-1. ☐ 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙

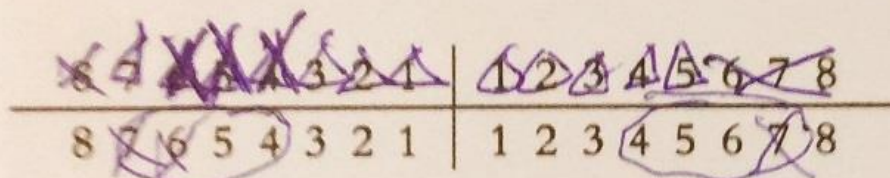
3-2. ☐ 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙

4. ☐ 上、下顎部分活動假牙

5-1. ☐ 上顎部分活動假牙

5-2. ☐ 下顎部份活動假牙

6. ☐ 缺牙，具有咀嚼功能



△: 代表殘根

X: 代表缺牙

○: 代表補牙(C&B)

評估說明: _____

篩檢完成日期: 108 年 3 月 4 日

醫療機構名稱: _____

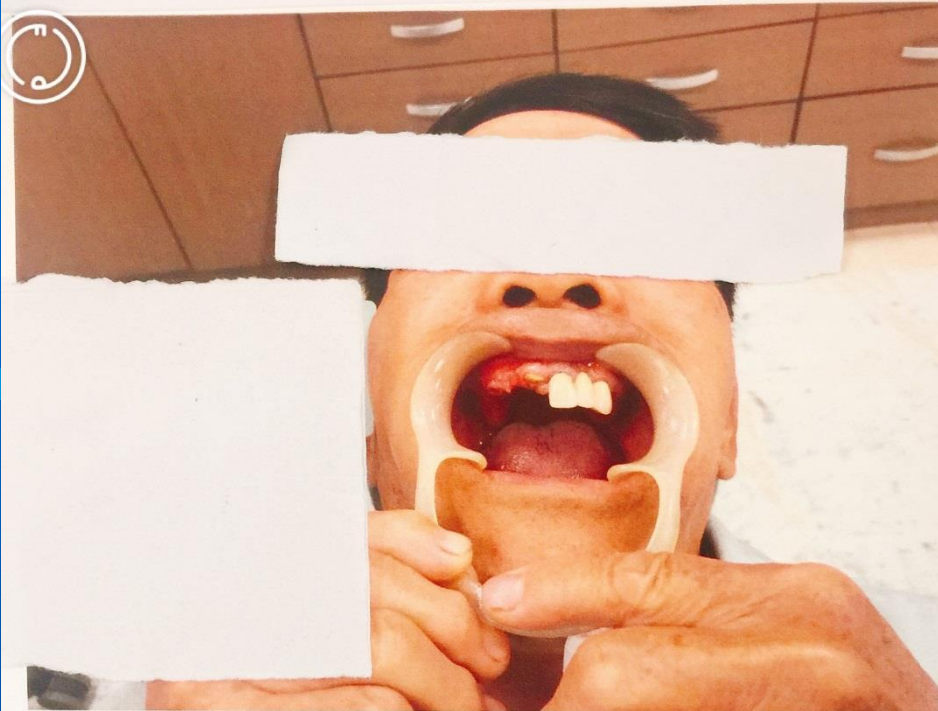
醫療機構地址: _____

☐ 符合 ☒ 不符合

☐ 有條件通過，依篩檢評估說明裝置，若有所改變，請提出複審。

(本欄由高雄市政府補助老人假牙審查小組委員勾選)

編號: 8
高雄市
老人



篩檢結果：(本欄由篩檢醫師填寫)

1. ☒ 上下顎全口活動假牙

2-1. ☐ 上顎全口活動假牙

2-2. ☐ 下顎全口活動假牙

3-1. ☐ 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙

3-2. ☐ 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙

4. ☐ 上、下顎部分活動假牙

5-1. ☐ 上顎部分活動假牙

5-2. ☐ 下顎部份活動假牙

6. ☐ 缺牙，具有咀嚼功能

8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8
 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

△: 代表殘根

X: 代表缺牙

○: 代表補牙(C&B)

評估說明: 113 牙冠牙橋 12 缺牙 311 殘

篩檢完成日期: 108 年 5 月 4 日 甘徐如平 喪失咬合功能

醫療機構名稱

醫療機構地址

☐ 符合 ☒ 不符合

113 第3顆牙 所二

☐ 有條件通過，依篩檢評估說明裝置，若有所改變，請提出複審。

(本欄由高雄市政府補助老人假牙審查小組委員勾選)

編號: 8

高雄市政

府老人局

審查結果













年月日

發證日期 民國104年7月13日(高市)換發

L100015690































































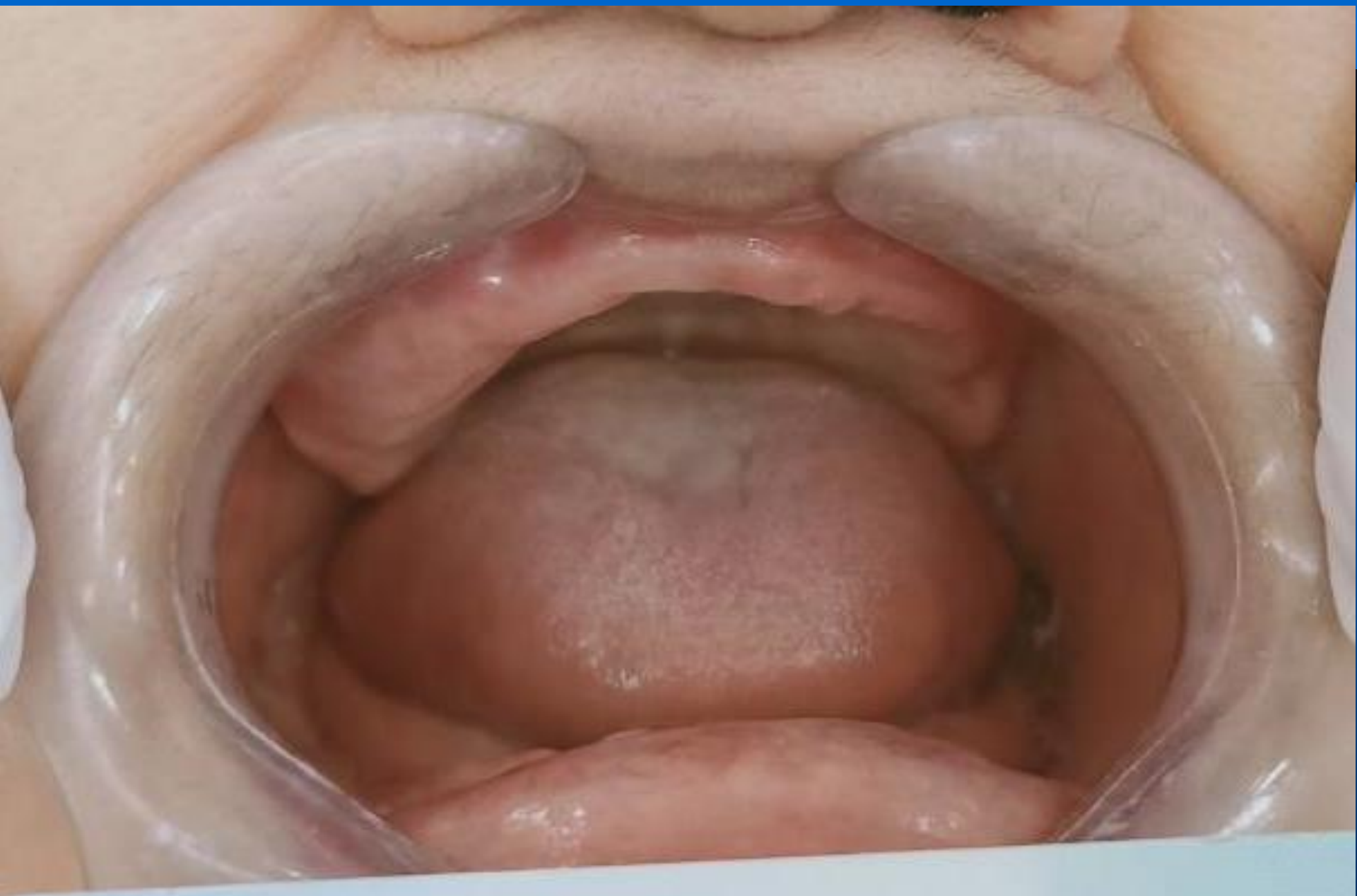
























全民健康保險



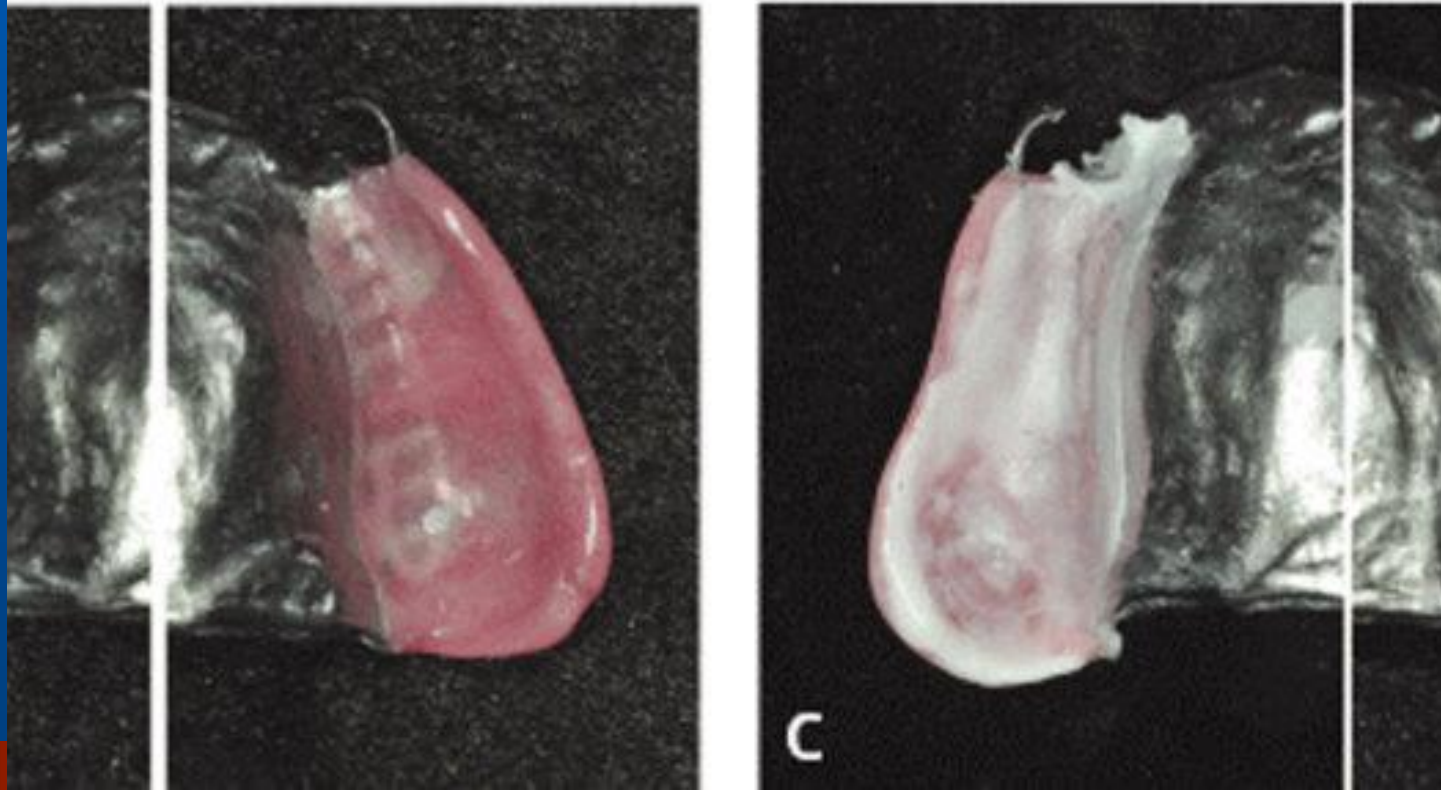






有關自 110 年度中低收入老人補助裝置假牙 實施計畫之活動假牙維修費用

- 一、申請假牙硬式襯底維修篩檢時需檢附裝置前照片且需事先提出「中低收入老人活動假牙維修篩檢」申請，經費核銷需檢附製作過程（如暫時性軟墊或壓力測試膏照片及裝置後照片各 1 張佐證作為審查及核銷依據。申請「假牙破裂維修費、假牙添加費、假牙線勾」需檢附裝置前、裝置後全口彩色照片。













BEFORE

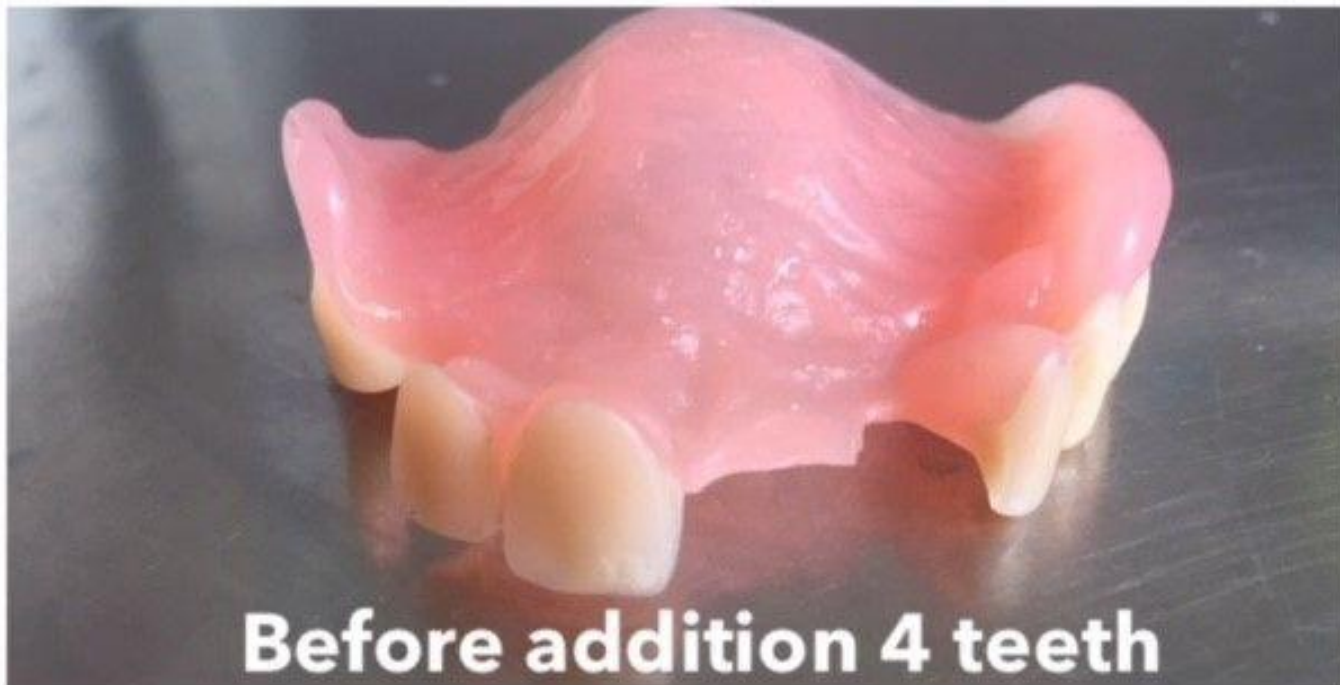


AFTER





Repair while you wait



有關自 110 年度中低收入老人補助裝置假牙 實施計畫之活動假牙維修費用

- 二、維修費暫編 110 年中低收入老人假牙總經費之**10%**維修對象以曾裝置**本市中低收入老人公費假牙者**且申請**當年度仍具**「中低收入老人補助裝置假牙實施計畫」規定之社福資格。
- 維修費用最高上限為**6600元/每人/每年**，已接受補助裝置活動假牙者於**裝戴後1年維護期間內**，同一顎**不得重複申請**活動假牙維修補助。

中低收入老人裝置假牙補助基準表-維修費

補助項目	補助態樣	金額	每年最高補助金額/ 新臺幣
1	假牙破裂維修費/單顎	1,100元	6,600元
2	假牙添加費/單顆	1,100元	
3	假牙線勾/個	1,100元	
4	假牙硬式襯底/座	3,300元	





全民健康保險
NATIONAL HEALTH INSURANCE

人生的第三套牙齿

全口假牙





關心今天的老人，
就是關心明天的自己



亮



敬请批评指教

謝謝聆聽

