

[附件十一]

牙醫師至醫療資源缺乏地區巡迴服務醫療給付試辦計畫申請書

- 1、申請單位：(公會、分會、教學醫院或其他)
- 2、負責醫師：
- 3、其他相關醫師：
- 4、聯絡電話：()
- 5、聯絡地址：□□□
- 6、巡迴縣市鄉鎮

學校名稱	學童數	醫療費用	巡迴期間	
縣 鄉	人	\$	年	月
縣 鄉	人	\$	年	月
縣 鄉	人	\$	年	月
縣 鄉	人	\$	年	月
縣 鄉	人	\$	年	月
縣 鄉	人	\$	年	月
縣 鄉	人	\$	年	月
縣 鄉	人	\$	年	月
縣 鄉	人	\$	年	月
合計學校數：	總人數	總經費		

牙醫師至醫療資源缺乏地區巡迴服務醫療給付試辦計畫計畫書內容

一、前言：請敘述巡迴服務動機，包括巡迴服務鄉鎮、學校名稱、醫療資源提供情況、口腔問題狀況等。

二、目的：分點具體列述巡迴服務所要達成之目標。

三、巡迴學校之現況分析：請依下列項目分別具體列述相關內容。

(一)巡迴服務學校之地區及人口分布：請具體詳述巡迴服務學校之地區分布情形及面積、學童數、當地戶籍人口數及其性別年齡別分布情形等相關資料。

(二)地理環境概況及交通情形：請簡要敘述巡迴服務地區地理環境概況（檢附簡要地圖更佳）、當地對外交通情形、當地距最近牙醫醫療服務所需車程時間等。

(三)醫療需求情形：請詳述巡迴服務學校之醫療服務使用狀況、口腔衛生保健狀況、齲齒率、就醫率等相關情形。

四、執行計畫：

(一)醫療人力資源：請詳述醫事人力名單(包含診所名稱、診所代號、醫師姓名、身分證字號、牙醫師證號等)。

(二)經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請依支付標準表之項目及點數評估，點數總計後請加二成計算。

五、評估預期效益：請詳述巡迴服務預期將對學校達成之效益，並表列各項預定達成指標。

六、書寫格式：以word形式建檔，A 4版面，由左而右，由上而下，(標)楷書 14 號字型，橫式書寫。