

新北市政府原住民族行政局
辦理原住民長者補助裝置假牙診治計畫書(二)

醫療院所代碼：_____ 醫療院所名稱：_____

醫療院所地址：_____

| | |
|-------------------------------|--|
| 裝置假牙後(術後)照片粘貼欄- | |
| 1、取模後上、下顎石膏正面照片各 1 張 | |
| 2、蠟體及排牙完成後，需上咬合器，正面正常咬合照片 1 張 | |
| 3、活動假牙照片：上、下顎正面照片各 1 張 | |
| 4、口外照片：全臉正常咬合正面照片 1 張 | |
| | |

| | | | |
|------------------|-------|----------------------|---------------------------|
| | | | |
| 受理醫師核章 | | 完成後 就診者簽章 | (簽名或蓋章或捺指印) |
| 醫療院所實際完成日 | 年 月 日 | | |
| 牙科醫療院所 申請補助金額 | 新臺幣 元 | 新北市政府 原民局 核定文號 | 核復公文 年 月 日 _____ 字第 號函 |