原住民族委員會補助原住民族長者裝置假牙診治成果表

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、活動假牙照片：上、下顎正面照片各 1 張

2、取模後上、下顎石膏正面照片 1 張

3、口外照片：正常咬合正面照片 1 張

4、施作固定式假牙：檢附術後 X 光片 1 張

(固定式假牙請檢附第 3、4 項)

(可採數位照片或列印，清楚明確可辨認)

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		
醫療院所 申請補助金額	新台幣　　元	直轄市及縣(市)政府核定文　　號	核復公文　年　月　日府原社字第　　號函