

# 臺南市政府社會局中低收入老人裝置假牙請領清冊(      年      月)

編號	姓名	出生日期	身分證字號	電話	住址	身份類別	診治項目	核定經費	就診者簽章	核定日期及文號
合計	元									

診所名稱：

(請加蓋圖記)