

附表 3

☐原住民族委員會補助原住民族長者裝置假牙診治計畫書(二)

☐新北市政府原住民族行政局補助原住民族長者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、活動假牙照片：上、下顎正面照片各 1 張

2、口外照片：正常咬合正面照片 1 張

3、取模後上、下顎石膏正面照片 1 張

(可採數位照片或列印，清楚明確可辨認)

受理醫師核章

醫療院所實際完成日	年 月 日	完成後 就診者簽章	(簽名或蓋章或捺指印)
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○○○字第 號函