

附表 3

1、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、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
- 4、固定式假牙術後 X 光片 1 張

(可採數位照片或列印，清楚明確可辨認)

| | | | |
|----------------|-------|------------------------|--------------------|
| 受理醫師核章 | | 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○○○字第 號函 |

領 據

茲收到 ○○縣(市)政府 撥付本院所為原住民族長者
(身分證字號：) 製作假牙費用，

補助態樣如下：

- 上、下顎全口活動假牙
- 上顎全口活動假牙
- 下顎全口活動假牙
- 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙
- 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙
- 上、下顎部分活動假牙
- 上顎部分活動假牙
- 下顎部分活動假牙
- 固定式假牙_____顆(指牙冠或牙橋)
- 假牙維修費：
 - 假牙破裂維修費/單顎 假牙添加費/單顆
 - 假牙線(環)勾/個 假牙硬式襯底/座

裝置費用及維修費用，計新臺幣 萬 仟 佰 拾 元 整，實屬無訛。

此致
新竹縣政府

院所名稱： (簽章)
負 責 人： (簽章)
院所統一編號：
地址：
電話：
匯款銀行：
匯款帳戶：
匯款帳號：

中 華 民 國 年 月 日

附表 4-2

原住民族委員會補助原住民族長者裝置假牙印領清冊

| 編號 | 申請者姓名 | 出生日期 | 身分證字號 | 電話 | 地址 | 補助態樣 | 核定經費 | 核定文號 |
|----|-------|------|-------|----|----|------|------|------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 合計 | | | | | | | 新臺幣 | 元 |

院所名稱： (簽章)

負責人： (簽章)

院所統一編號：

地址：

電話：

匯款銀行：

匯款帳戶：

匯款帳號：