

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：_____

裝置假牙前(術前)照片粘貼欄-

- 1、患者口內上、下顎照片各 1 張
- 2、咬合面照 1 張
- 3、口外照片全臉 1 張

(可採數位照片或列印，全彩清楚明確可辨認)

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

(背面續填)

(可採數位照片或列印，全彩清楚明確可辨認)

受理醫師核章		13	
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)
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

