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)**

**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 |
| (可採數位照片或列印，全彩清楚明確可辨認) |
| **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 | 花蓮縣政府核定文號 | 核復公文 年 月 日 字第 號函 |

附表4-1

**領 據**

茲收到花蓮縣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，補助樣態如下：

□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/單顎

□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。**

**此致花蓮縣政府**

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 | 補助樣態 | 核定經費 | 核定文號 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |

(表格請自行調整)

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：