

附表 3

原住民族委員會補助原住民族長者裝置假牙診治成果表

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 新北原社字第                  號函