## 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:			<u>殿</u> 酉	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」	E面照,	片各1	張		
2、取模後上、下	顎石膏正面兒	<b>景片 1</b> 克	張			
3、口外照片:正	常咬合正面兒	<b>景片 1</b> 5	張			
4、施作固定式假						
(固定式假牙請檢附						
6-mm-1-2			<u> </u>		<ul><li>(可採數位照片或</li></ul>	(列印,清楚明確可辨認)
受理醫師核章				15.46		
				完成後		
				就診者簽章		
醫療院所實際完成日	年	月	日			(簽名或蓋章或捺指印)
醫療院所	新台幣			直轄市及縣	核復公文 年 月	口应店注中做 吐っ
申請補助金額	741 口 巾		/6	(巾)政府核定	′依俊公义 平 月	日府原社字第 號函