

自費同意書

本人_____申請「臺南市政府110年原住民族長者裝置假牙實施計畫」，已充分了解申請補助對象資格、補助項目、補助金額等相關規定，因病情需求，本人或家屬經牙醫師_____詳細說明後，已確實瞭解所提供之醫療費用超出申請計畫補助金額，自願負擔補助之額外費用（醫療項目及費用如背面列表），共計新臺幣_____元。

此致 臺南市政府

立同意書人：（簽名及蓋章）
身分證字號：
戶籍地址：

與病人關係：
聯絡電話：

中 華 民 國 年 月 日

醫療項目及費用

品項	單價	數量	補助金額	自費金額	合計
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					
活動假牙維修	假牙破裂維修費/單顎				
	假牙添加費/單顆				
	假牙線勾/個				

	假牙硬式襯底/座					
固定式假牙 (指牙冠或牙橋，至多補助10顆)						
其他自費項目：						
總計						