

# 自費同意書

本人\_\_\_\_\_申請「臺南市政府 114 年度辦理「原住民族長者裝置假牙執行計畫」，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）

與病人關係：

身分證字號：

聯絡電話：

戶籍地址：

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					