

附件二

新北市政府辦理原住民老人補助裝置假牙
診治計畫書(申請階段使用)

醫療院所名稱：

醫療院所地址：

電話：

就診者姓名： 身分證字號：

性別： 出生日期：民國 年 月 日 族別：

就診者口腔狀況：

就診者口腔疾病診斷：

就診者接受本補助項目之治療內容(需在牙齒部位圖上標示)：

(本假牙製作及裝戴，裝戴後一年負保固責任，於保固期間內如發現假牙有不適情形，予適當調整處理，不再另行收費)

申請補助金額：新臺幣 萬 仟 佰 拾 元整

(壹、貳、參、肆、伍、陸、柒、捌、玖)

醫師簽名： 就診人簽名：