* + - * 1. **原住民族委員會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：

附表3

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○○○字第 號函 |