新北市政府辦理中、低收入原住民老人補助裝置假牙

診治計畫書

醫療院所名稱：

醫療院所地址：

電話：

就診者姓名： 身分證統一編號：

性別： 出生日期：民國　　　年　　月　　日　族別：

中、低收入核定文號：

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

醫師簽名： 就診者簽名：

申請日期：

審核結果：