

## 原住民族委員會原住民族長者裝置假牙實施計畫診治成果表

醫療院所代碼：

醫療院所名稱：

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)

<b>受理醫師核章</b>		<b>完成後 就診者簽章</b>	(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