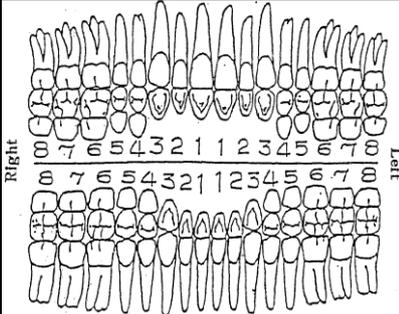


診 治 計 畫 書

院所名稱(全銜)：_____ 負責醫師姓名：_____

就 診 者 基 本 資 料					
申請者姓名		身 分 別	<input type="checkbox"/> 設籍並實際居住臺北市年滿55歲以上原住民，且經「醫師評估有嚴重影響咀嚼功能需製作假牙履復者或植入人工牙根植體者」。		
身分證字號					
戶籍地址					
診 治 項 目					
編號	勾選項目	補助標準	裝置假牙/類別	單價	繪圖 (施作牙位請劃記)
1		全口活動假牙	上、下顎全排假牙		 <p style="font-size: small;">診治說明(FDI 或牙位象限)：</p>
2		上顎半口活動假牙	上顎全排假牙		
3		下顎半口活動假牙 假牙	下顎全排假牙		
4		上顎半口活動假牙併下顎 部分活動假牙	上顎全排假牙併下顎部分 活動假牙		
5		下顎半口活動假牙併上顎 部分活動假牙	下顎全排假牙併上顎部分 活動假牙		
6		上、下顎部分活動假牙	上、下顎部分活動假牙		
7		上顎部分活動假牙	上顎部分活動假牙		
8		下顎部分活動假牙	下顎部分活動假牙		
9		固定假牙	牙位5-5開放施作瓷牙，其餘牙位仍維持補助金屬冠。 *金屬冠_____顆 *瓷牙_____顆 *上限共計6顆		
10		釘柱	_____個		
11		假牙破裂維修費/單顎	_____顆		
12		假牙添加費/單顎	_____顆		
13		假牙線勾/個	_____個		
14		假牙硬式襯底/座	_____座		
15		人工牙根(植體)	_____顆		
申請補助金額		新臺幣：_____元(請診所填報，採實報實銷)			(本市立案合法之醫療院所核章)
診治醫師簽章					
評估完成日期		年 月 日(請診所填寫)			

電 話：_____ 院所地址：_____

※請診所協助填寫表單之項目，填寫完後交由申請者送至各區區公所或本會。