

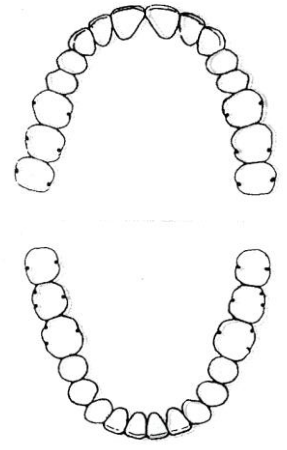
彰化縣補助 65 歲以上老人裝置全口假牙 診治計畫書

梯次-編號

就診者資料	姓名		生日	民國	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
			身分證字號					連絡電話	
	戶籍地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		縣	市/鄉/鎮		村(里) 鄰		
				路(街)	段	巷	弄	號	樓

診所資料	診所名稱		健保代碼		負責醫師				
	寄件通訊	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		縣	市/鄉/鎮	村(里) 鄰			
				路(街)	段	巷	弄	號	樓
(院所請填寫可收到縣府核定通知函之寄件通訊處)									

診治計畫內容

診治院所	假牙類別勾選 (✓)		<input type="checkbox"/> 1. 上下顎全口假牙 \$ 40,000 元 <input type="checkbox"/> 2. 單上顎 \$ 20,000 元 <input type="checkbox"/> 3. 單下顎 \$ 20,000 元			(繪圖)	
	全口活動假牙	預計治療流程：					
費用		診治醫師	檢附 (若有): X 光片 ____ 張, 照片 ____ 張, 模型 ____ 副				

審核核定階段	審核委員會	<input type="checkbox"/> 審核通過, 審核認定新台幣金額 _____ 整 <input type="checkbox"/> 退件 (原因):	(審核醫師簽章)	(委託之審查單位核章)
	社會處審核	<input type="checkbox"/> 審核通過, 如上述審核委員會核定金額 <input type="checkbox"/> 審核通過, 審核認定新台幣金額 _____ 整 <input type="checkbox"/> 退件 (原因):	(承辦人員核章)	(處長核章)
			(科長核章)	

診治院所	實際完成日	民國	年	月	日	(診治完成後, 請就診患者該欄位內簽名或蓋章, 若患者以按壓手印, 需請診治醫師在手印旁簽名或蓋章證明)
	申請費用 (大寫國字)	NT\$	萬	仟	元整	
		壹 貳 參 肆 伍 陸 柒 捌 玖 零				

粗框線格內由牙醫師公會與社會處填寫, 診所詳填其他欄。製作完成後, 務必請患者簽名或蓋章。