

附件四

臺北市政府原住民族事務委員會原住民裝置假牙補助印領清單

一、申請人姓名：

二、身分證字號：

三、連絡電話：

四、戶籍地址：臺北市_____區_____路(街)_____段_____巷
_____弄_____號_____樓之_____

五、印領金額：\$_____元整(採實報實銷，每人每年最高補助金額共計新臺幣 45,000 元整)

六、補助款受款帳戶：

金融機構名稱：_____銀行(郵局)_____分行(支局)

戶名：_____

帳號：_____

申請人簽名或蓋章：

代理人簽名或簽章：

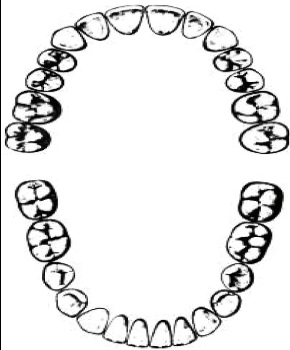
(請沿線浮貼金額機構帳戶簿本封面影本，並核對是否與上開資料相符)

診 治 計 畫 書

院所名稱(全銜)：_____負責醫師姓名：_____

電 話：_____院所地址：_____

就診者基本資料		
申請者姓名		身 分 別 ☐ 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贗復者」。
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（缺牙處請打 x）
1		全口活動假牙	上、下顎全排假牙		
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		我已充分了解此次院所 幫我執行的是「 臺北市 政府原住民族事務委員 會原住民裝置假牙補助 計畫 」申請，且假牙由 院所 保固一年 。 申請人簽名或蓋章：_____
10		釘柱	_____個		
11		假牙破裂維修費/單顎	_____顆		
12		假牙添加費/單顆	_____顆		
13		假牙線勾/個	_____個		
14		假牙硬式襯底/座	_____座		
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）			

※請診所協助填寫表單之項目，填寫完後交由申請者送至本會。