

【附件 3】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫  
- 特定身心障礙者牙醫醫療服務加入申請書（院所內服務）

醫師姓名		身份證字號		出生年月	
聯絡方式	電話：( ) 、手機：				

【申請院所基本資料】

一、「執業登記」院所名稱（全銜）：

- (1) 醫事機構代號：
- (2) 院所所屬層級別：醫學中心 區域醫院 地區醫院 基層診所
- (3) 院所申請類別：初級 進階
- (4) 院所基本資料：
1. 負責醫師姓名： 身分證字號：
2. 聯絡方式：
3. 聯絡地址：-
- (5) 目前院所能提供身心障礙使用之設備名稱及數量：（請簡述內容）
- 甲. 有專用椅子 無專用椅子
- 乙. 牙科門診—急救、氧氣設備：\_\_\_\_\_
- (6) 是否曾申請過加入計畫：有 無

二、「支援服務」院所名稱（全銜）：

- (1) 醫事機構代號：
- (2) 院所所屬層級別：醫學中心 區域醫院 地區醫院 基層診所（或同上）
- (3) 院所申請類別：初級 進階（或同上）
- (4) 院所基本資料：
1. 負責醫師姓名： 身分證字號：
2. 聯絡方式：
3. 聯絡地址：-
- (5) 目前院所能提供身心障礙使用之設備名稱及數量：（請詳簡述內容）
- 甲. 有專用椅子 無專用椅子
- 乙. 牙科門診—急救、氧氣設備：\_\_\_\_\_
- (6) 是否曾申請過加入計畫：有（年度：\_\_\_\_\_） 無