

【附件 13】

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申請書（到宅或特定需求者醫療服務）

提供服務方式：到宅 特定需求者醫療

一、醫療院所名稱（全銜）： 醫事機構代號：

二、所屬層級別：

各縣市牙醫師公會

醫學中心

參與衛生福利部「身心障礙者牙科醫療服務示範中心營運獎勵計畫」
之醫院

參與本計畫之「進階照護院所」

三、院所負責醫師姓名：

身分證字號：

四、參與醫師（醫師如符合申報資格條件，併請填報，欄位不夠可自行增加）

序號	醫師姓名	身分證字號	申請項目	備註
			<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 異動	

五、執行區域或服務機構：

六、院所電話：（）

傳真：（）

七、聯絡人姓名：電話：

八、e-mail address：

九、地址：-

十、執行到宅或特定需求者醫療服務時可提供身心障礙使用之設備名稱、數量、規格：（詳述）

甲、

乙、

丙、

丁、

十一、有無違規紀錄：無記點扣減停止特約終止特約

十二、是否曾申請加入計畫過：有（年度：_____），執行日期：無