

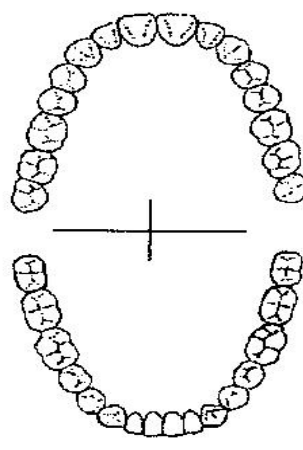
診治計畫書 (一)

診所名稱：_____ 負責醫師姓名：_____

診所代碼：_____ 電話：_____ 傳真：_____

診所地址：_____

檢查日期：_____

申 請 人 基 本 資 料					
姓名		出生日期：	身 分 別	<input type="checkbox"/> 低收入、中低收入戶	
		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 補助收容安置者： <input type="checkbox"/> 全額 <input type="checkbox"/> 50%以上	
		身分證號：		<input type="checkbox"/> 領取身心障礙者生活補助費	
診 治 計 畫 內 容					
診 治 項 目	全顎缺牙	<input type="checkbox"/> 上、下兩顎 <input type="checkbox"/> 單顎 (<input type="checkbox"/> 上、 <input type="checkbox"/> 下)		繪 圖 【請在牙齒部位圖上標示】 	
	活動假牙	<input type="checkbox"/> 上顎橫跨中線增加_____顆			
		<input type="checkbox"/> 下顎橫跨中線增加_____顆			
		<input type="checkbox"/> 上顎，單側不橫跨中線_____顆			
假牙維修	<input type="checkbox"/> 假牙破裂 <input type="checkbox"/> 假牙添加 <input type="checkbox"/> 線勾 <input type="checkbox"/> 襯底				
預計診治步驟詳細說明【請以中文說明】					
檢附：照片_____張、假牙設計圖_____份					
預定完成日期		年 月 日	預估經費		
申請補助金額		新臺幣：_____元	審核醫師簽章		
新竹縣牙醫師公會 審 核	<input type="checkbox"/> 通過、核准補助金額： _____元		公 會 用 印	(公會章)	(理事長章)
	<input type="checkbox"/> 退件 (理由：_____)				
社 會 處 審 核	<input type="checkbox"/> 通過、核復公文 _____年 月 日 府社老字第 _____號函		社 會 處 核 章		
	<input type="checkbox"/> 退件 (理由：_____)				

※粗框線格內由牙醫師公會與社會處負責填寫，診所詳細填寫其他欄。

診治計畫書 (二)

申請人姓名：

裝置假牙前照片粘貼欄-包含患者口內上下顎相片，病患正照及 90 度側照。

(可採數位照片或列印，清明確可辨認即可)

裝置假牙後照片粘貼欄-包含患者裝牙後口內上下顎相片，假牙口外正照。

(可採數位照片或列印，清明確可辨認即可)

實際完成日期：

申請人簽章

(裝置假牙完成後)

新竹縣牙醫師公會彙整請款文件 請款文件已備妥

審核人員簽章：

診治計畫書 (三)

申請人姓名：

是否須向申請人收取差額？

否

是

1. 是否已向申請人說明並取得申請人同意？ 是 否

2. 收取差額金額：

3. 收取差額原因：

新竹縣牙醫師公會審核

同意，收取差額金額：

不同意，原因：

病患收取部分差價同意書：

同意書

本人_____具中低收入老人補助裝置假牙實施計畫補助身分，茲因缺牙問題就診貴診所。現因診療所需，欲進行活動假牙重建治療。經貴診所人員解說，本人已充份了解並同意自付差價費用，同意自付新台幣_____元整，絕無異議。

立同意書人

簽章

身份證號

中 華 民 國 年 月 日

有申請收差價的院所假牙完成後須檢附以下資料給牙醫師公會審核

治療後請檢附下列相關相片(大小為 4*6):

1. 初模，study cast
2. 個人牙托，individual tray
3. 完成印模，final impression
4. 咬合器上 Occlusal rim 或病人口內咬合高度決定的照片
5. 咬合器上排蠟牙的正照及 90 度照片
6. 完成後病患正面微笑照片，90 度側面照片，假牙口外照片

若為特殊材質義齒如含塑鋼牙，金屬支架，彈性床等請在申請書上註明以利審核。若審核不通過，**則須退還病患自付的金額且檢附病患收到退款的證明文件**方可給付假牙的費用。