臺中市政府社會局辦理身心障礙者裝置假牙補助計畫

診 治 費 用 申 請 書

診所名稱： 負責醫師姓名：

診所代碼： 電話： 傳真：

診所地址：臺中市

一、就診者基本資料

姓名：　　　　　　　 性別：□男□女　　　出生日期： 年 月 日

年齡： 　　　身份證字號： 電話：

身障類別：第 類 　　　 障礙等級：

(d.e碼)

(如有2類以上請分別列出)

(輕、中、重、極重度)

住址：臺中市

經濟別：□低收入戶　　 □中低收入戶　　 □領有身心障礙者生活補助費

二、監護人／家屬資料

姓名： 性別： □男 □女 出生日期： 年 月 日

身份證字號： 　　　　　　　　 電話： 　　　　 與就診者之關係：

住址：□同上□

三、就診者口腔狀況：

四、初步治療計畫

五、就診者假牙等自費項目之治療內容及申請費用（附部位、種類、材料）

**【請以中文書寫並在牙齒部位圖上標示】**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 編 號 | 自費項目 | 部 位 | 種 類 | 材 料 | 費 用 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |



申請金額＝

醫師簽名： 就診者簽名： （簽名、捺指印或監護人簽名）

申請日期： 年 月 日