


\_\_\_\_年臺中市政府社會局中低收入老人補助裝置假牙實施計畫

診 治 計 畫 書

診所名稱：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_ 診所地址：臺中市 \_\_\_\_\_ 區 \_\_\_\_\_ 路 \_\_\_\_\_ 號

負責醫師姓名：\_\_\_\_\_ 傳 真：\_\_\_\_\_

就 診 者 基 本 資 料			
姓 名	電 話	身 別	本市年滿 65 歲以上且： <input type="checkbox"/> 列冊低(中低)收入戶。 <input type="checkbox"/> 領有中低收入老人生活津貼。 <input type="checkbox"/> 領有身心障礙生活補助費。 <input type="checkbox"/> 領有身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用達百分之五十以上。 <input type="checkbox"/> 經政府補助全額收容安置者(公費安置)。
身分證號	出生日期	身 別	
地 址			

診 治 計 畫 內 容					
診 治 項 目	<input type="checkbox"/> 全口缺牙 (上、下兩顎)		<input type="checkbox"/> 單顎 ( <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎)	繪 圖(缺牙處請打 X)	
	活 動 假 牙	上 顎	<input type="checkbox"/> 橫跨中線 4 顆 (含) 以下		
			<input type="checkbox"/> 橫跨中線 4 顆以上，增加 _____ 顆		
		下 顎	<input type="checkbox"/> 不跨中線 2 顆 (含) 以下		
			<input type="checkbox"/> 不跨中線 2 顆以上，增加 _____ 顆		
	假牙維修		<input type="checkbox"/> 橫跨中線 4 顆 (含) 以下		
<input type="checkbox"/> 橫跨中線 4 顆以上，增加 _____ 顆					
<input type="checkbox"/> 不跨中線 2 顆 (含) 以下					
<input type="checkbox"/> 不跨中線 2 顆以上，增加 _____ 顆					
<input type="checkbox"/> 破裂 _____ 顆 <input type="checkbox"/> 增加 _____ 顆 <input type="checkbox"/> 線勾 _____ 個					
<input type="checkbox"/> 硬式襯底 _____ 座					

預 計 診 治 步 驟 詳 細 說 明(請勾選有執行項目)			
1	<input type="checkbox"/> 初次印模	5	<input type="checkbox"/> 試戴金屬鋼架及決定垂直高度
2	<input type="checkbox"/> 印製個人牙托	6	<input type="checkbox"/> 試戴排牙
3	<input type="checkbox"/> 二次印模	7	<input type="checkbox"/> 其他：請自行敘明
4	<input type="checkbox"/> 製作金屬鋼架		

申請補助金額	新臺幣： _____ 元(請診所填報)	就診者簽章： (簽章或蓋手印)
--------	---------------------	--------------------

申請日期	_____ 年 _____ 月 _____ 日(請診所填報送牙醫師公會日期)
------	--

牙 醫 師 公 會 審 核(文件)	<input type="checkbox"/> 通過	公 會 用 印	(公會章)	(理事長章)
	<input type="checkbox"/> 退件，理由：			

審核醫師簽章 (初審)	
----------------	--

社 會 局 審 核(複審)	<input type="checkbox"/> 通過	社 會 局 核 章
	<input type="checkbox"/> 退件，理由：	

※應向病患收取文件：1.身分證影本 2 低收入戶證明書正本、領有中低收入老人生活津貼或身心障礙生活補助費證明書正本、經各級政府補助身心障礙者托育費或養護費達百分之 50 之核定公文、其他經政府全額補助收容安置公文。  
 ※審核應備文件：前述 1.2 項及 3.診治計畫書 4.估價單 5.病歷影本 6.石膏牙模及術前照片。  
 ※粗框線格內由牙醫師公會與社會局填寫，診所詳填其他欄。