

連江縣 65 歲以上申請裝置假牙補助 診斷證明書

醫院名稱：_____ 負責醫師姓名：_____

電話：_____ 傳真：_____

地址：_____

就 診 者 基 本 資 料			
姓 名		出生日期： 年 月 日	地 址 電話
		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
		身 分 證 字 號	
診 治 計 畫 內 容			
診 治 項 目	活動缺牙	<input type="checkbox"/> 上、下兩顎 <input type="checkbox"/> 單顎全口 (<input type="checkbox"/> 上, <input type="checkbox"/> 下) <input type="checkbox"/> 單顎部份 _____ 齒 (<input type="checkbox"/> 上, <input type="checkbox"/> 下)	繪 圖
	固定假牙	<input type="checkbox"/> 上顎 _____ 齒 <input type="checkbox"/> 下顎 _____ 齒	
預 計 診 治 步 驟 詳 細 說 明			
預 估 經 費	新臺幣：	預 定 完 成 日 期	年 月 日
診 治 醫 師 簽 章			

※註：1. 請自行影印本空白表格使用。2. 以上各項簽名如有不實願負法律責任。

連江縣 65 歲以上裝置假牙補助申請表

申請人	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	民國	年	月	日	
	身分證字號									
	設籍時間	年	月	日	戶籍地址	鄉 村 鄰 號 樓				
基本資料	身份別	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 一般戶			電話					
	假牙補助項目	<input type="checkbox"/> 上、下兩顎假牙 <input type="checkbox"/> 單顎全口假牙 <input type="checkbox"/> 單顎部份活動假牙__齒 <input type="checkbox"/> 固定式假牙__齒			申請補助金額	新台幣 萬 仟 佰 拾 元整				
切結書	<p>立切結書人 茲申請連江縣老人裝置假牙補助，本人已充分了解並符合本計畫申請補助對象資格規定，保證上述所填各項資料及所附文件均為真實，並知悉提供不實資料及違反相關法令之後果；若有虛報不實經查明屬實，除無條件繳回所領取之補助金額外，並願負一切法律責任。(如為代申請，代申請人亦已將表內事項詳告申請人)</p> <p style="text-align: center;">此致</p> <p>連江縣政府</p> <p>申請人簽章：_____代申請人簽章：_____申請日期： 年 月 日</p>									
應備文件	自我檢查(已附者請打勾) <input type="checkbox"/> 1. 身分證影本或戶籍謄本 <input type="checkbox"/> 2. 低收入戶、中低收入戶或原住民證明文件(無則免附) <input type="checkbox"/> 3. 連江縣立醫院或全民健康保險之公私立醫療院所之就診診治計畫書									

附註：以下雙線框內由鄉公所初審及主管機關複審。

鄉公所初審結果	<input type="checkbox"/> 符合規定，同意呈轉。 <input type="checkbox"/> 不符合規定，函復知悉。 承辦人：
連江縣政府複審結果	<input type="checkbox"/> 符合規定。 <input type="checkbox"/> 不符合規定，函復知悉。 承辦人：