

診 治 計 畫 書

總編號

診所名稱：_____ 負責醫師姓名：_____

診所代碼：_____ 診所電話：_____ 診所傳真：_____

診所地址：臺北市_____區_____

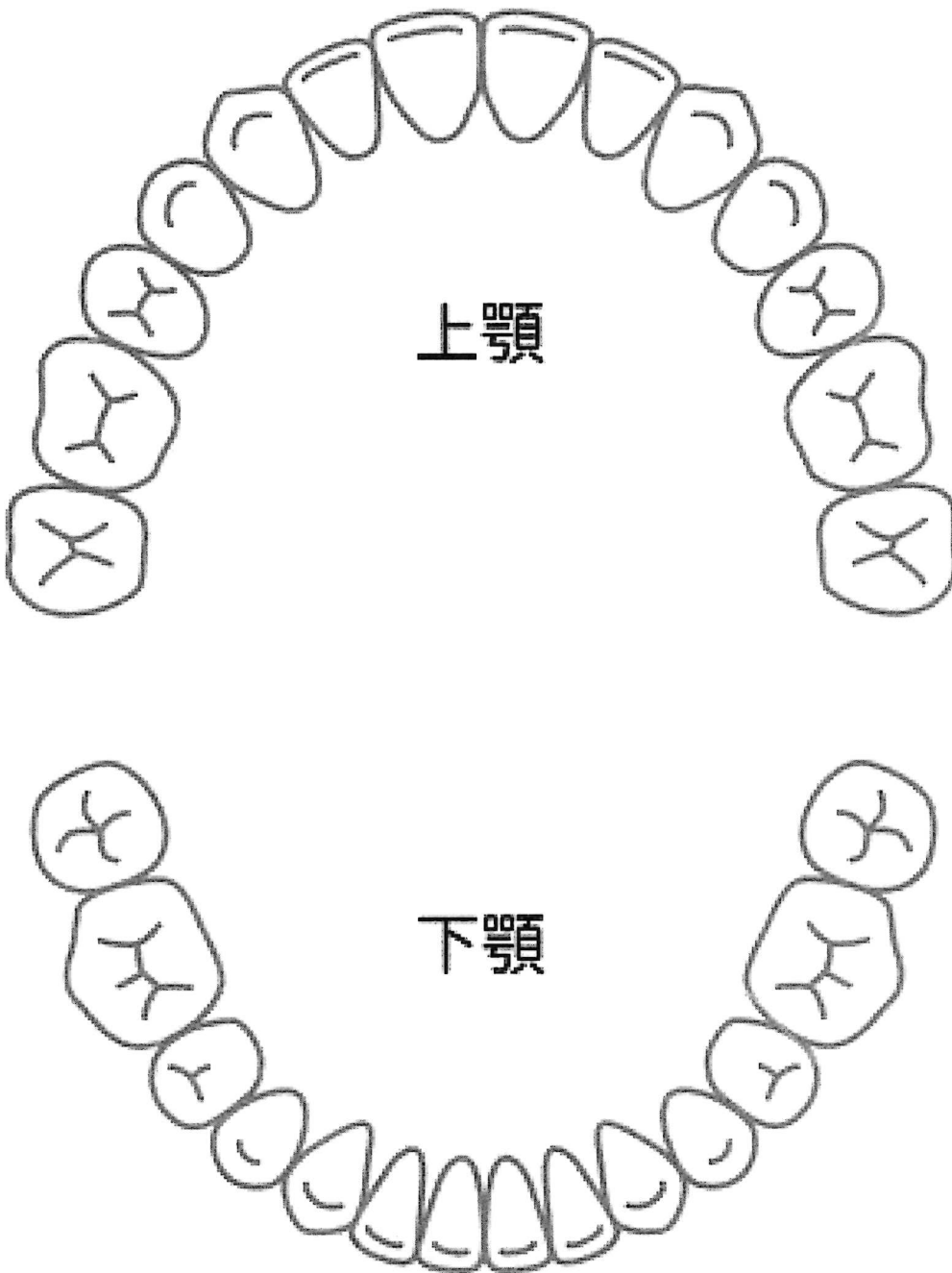
就 診 者 基 本 資 料									
姓 名	出生日期：_____年_____月_____日		性 別： ☐ 男 ☐ 女		身 份 別	☐ 低收入戶：區公所證明 ☐ 中低收入戶：區公所證明 ☐ 中低收入老人生活津貼：區公所證明 ☐ 中低收入領有收容安置補助者：社會局老福科證明 ☐ 身障生活補助：區公所證明 ☐ 身障托育養護：社會局身障科證明 ☐ 浩然敬老院院民			
	身分證字號：_____								
診 治 計 畫 內 容									
活動假牙		上顎	第_____項	下顎	第_____項	活動假牙製作牙位	上顎：_____		
						下顎：_____			
診 治 項 目	上顎	☐ 5-1 項 ☐ 5-2 項 金屬冠_____顆，牙位：_____ ☒ 金屬瓷冠_____顆，牙位：_____ 加強釘_____顆： ☐ 全鑄造式， ☐ 螺絲型， ☐ 纖維柱， 牙位：_____				診 斷	製作假牙原因及適應症		
	下顎	☐ 5-1 項 ☐ 5-2 項 金屬冠_____顆，牙位：_____ ☒ 金屬瓷冠_____顆，牙位：_____ 加強釘_____顆： ☐ 全鑄造式， ☐ 螺絲型， ☐ 纖維柱， 牙位：_____							
申 請 文 件 (自 我 勾 稽)		☐ 診治計畫書 ☐ 活動假牙繪圖→(詳見背面) ☐ 照片(術前4張) ☐ X光片(有治療處置者須附此項) ☐ 病歷首頁影本 ☐ 就診者身份證影本、中低低收入證明影本 ☐ 個人資料蒐集處理利用同意書 ☐ 補助對象同意補助款撥付醫療院所切結書 ☐ 石膏模 (☐ 僅做固定假牙，免此項)				治 療 計 畫			
診 治 醫 師 簽 章									
預 估 經 費		_____元 (政府補助_____元，另病人自付_____元)							
臺北市牙醫公會 審 核		☐ 通過 ☐ 退件(原因：_____)				公 會 用 印	(公會章)		(理事長章)
社 會 局 審 核		☐ 通過。 核復公文 年 月 日北市社老字第_____號函。 ☐ 退件(原因：_____) 核復公文 年 月 日北市社老字第_____號函。				社 會 局 用 印			
實 際 完 成 日 ※必填		_____年_____月_____日				完 成 後 就 診 者 簽 章	(簽名或蓋章或捺指印)		
申 請 補 助 金 額 \$_____元						術後審核	(公會章)		(理事長章)
匯 款 帳 戶		銀行 分行 帳號：_____				公會用印			

※註：1. 粗框線格內由牙醫師公會與社會局負責填寫，診所詳細填寫其他欄。

2. 請自行影印本空白表格使用。

3. 以上各項簽名如有不實由填寫人負所有法律責任。

繪圖：



照片黏貼－活動假牙（術前）

口內照片-上顎組織面照	口內照片-下顎組織面照
口外照片-正面照	口外照片-側面照

照片黏貼－活動假牙（術後）

1) 口外咬合檢查

半調節咬合器－正中關係最大咬頭嵌合 (C.R. = M.I.)：正面照

半調節咬合器－正中關係最大咬頭嵌合 (C.R. = M.I.)：左側面照

半調節咬合器－正中關係最大咬頭嵌合 (C.R. = M.I.)：右側面照

半調節咬合器－側面偏離 (lateral excursion)：左側面照

照片黏貼－活動假牙（術後）

半調節咬合器－側面偏離 (lateral excursion)：右側面照

清楚且完整之半調節咬合器(包含可調節髁導
condylar guidance 的部分)

照片黏貼－活動假牙（術後）

2) 臨床照片檢查

臨床靜止位置 (rest position) 下：正面照

臨床靜止位置 (rest position) 下：左側面照

臨床靜止位置 (rest position) 下：右側面照

照片黏貼—固定假牙（術前）

1) 口外照片（臨床靜止位置）：

正面照

側面照

照片黏貼—固定假牙（術後）

口內照

X 光照片

個人資料蒐集/處理/利用同意書(必填)

依據「個人資料保護法」規定，取得您提供的個人資料，需告知下列事項，懇請
您耐心閱讀：

- 1、取得之目的：為了審核中、低收入老人補助裝置假牙資格之用。
- 2、取得之內容：姓名、身分證字號、聯絡方式.....等，詳如申請表。
- 3、運用個人資料之期間、地區、對象及方式：
 - (1)期間：永久保存，以便持續提供社福資訊、關懷與服務。
 - (2)地區：中華民國所在各地區。
 - (3)對象：中華民國各政府機關(構)或經政府委託之各團體、機構。
 - (4)方式：以電腦或非電腦利用之方式。
- 4、就您提供之個人資料，您本人得親自或書面行使下列權利：
 - (1)查詢、請求閱覽或請求提供複印本。
 - (2)請求補充或更正，惟依法請您提出釋明。
 - (3)請求停止蒐集、處理或運用，並可請求刪除。但另有法律規定者，得不依您的請求辦理。
- 5、您可自由選擇是否提供個人資料，若您拒絕提供所需之個人資料或提供不完全時，本局即無法審核您所申請之補助或各項事宜，尚祈見諒。
- 6、本告知內容如有修訂，請至臺北市政府社會局網站查閱，恕不另行通知。
經社會局向本人告知上開事項，本人已清楚瞭解社會局蒐集、處理或運用本人個人資料之目的及用途。

*本人簽名：_____

填表日期：_____年_____月_____日

(附件三)

**臺北市政府社會局
中低收入老人補助裝置假牙
補助對象同意補助款撥付醫療院所切結書**

本人 _____ 同意由 _____ 診所/醫院

向臺北市政府社會局提出製作及裝置假牙申請，並由該醫療院所預先支付製作及裝置費用，並同意假牙製作及裝置完成後，由上開醫療院所向臺北市政府社會局提出假牙費用補助申請，並同意臺北市政府社會局將假牙補助費用撥至該醫療院所帳戶。

此致

臺北市政府社會局

姓名：

身分證統一編號：

連絡電話：

地址：

中 華 民 國 年 月 日