

附表6

114年度臺中市政府原住民族委員會補助55歲以上
原住民族長者裝置假牙執行計畫假牙申覆單

申請診所			
病患姓名			
申請 差異	診治計畫書	實際成品	增(減)顆數
	上顎顆數：	上顎顆數：	<input type="checkbox"/> 增加 顆 <input type="checkbox"/> 減少 顆
	下顎顆數：	下顎顆數：	<input type="checkbox"/> 增加 顆 <input type="checkbox"/> 減少 顆
有無申覆 之需求	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有 備註： 一、如勾選有，請寫差異緣由說明。 二、勾選「有」或「沒有」，皆須將申覆單寄回本會，並蓋院所大小章。		
差異 緣由 說明	(請詳實說明假牙成品與診治計畫書差異之緣由)		
醫療 院(診)所 關防	(請蓋印)		

中 華 民 國 1 1 4 年 月 日