

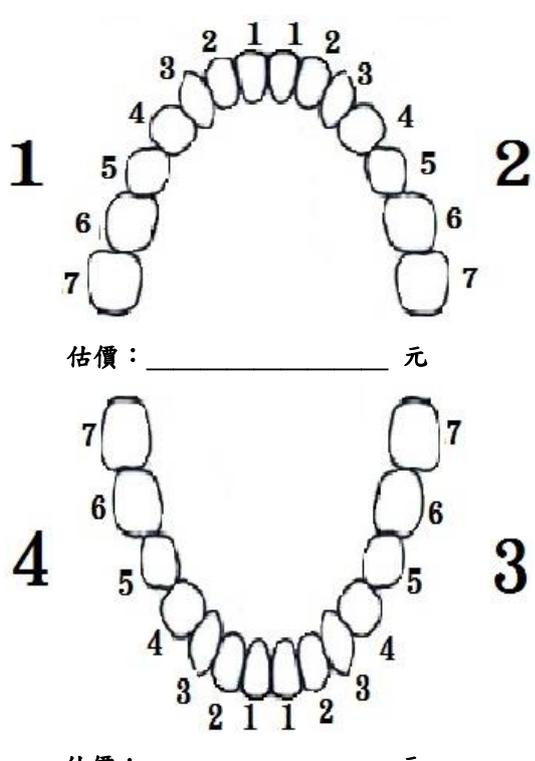
# 診 治 計 畫 書

系統序號： \_\_\_\_\_  
 院所名稱： \_\_\_\_\_  
 電 話： \_\_\_\_\_

負責醫師姓名： \_\_\_\_\_  
 傳 真： \_\_\_\_\_

患者姓名		電 話		身 分 別	設籍臺中市1年以 上並年滿65歲銀 髮族
身分證字號		出生年月日			
地 址					

## 診 治 計 畫 內 容

診 治 項 目	全顎缺牙	<input type="checkbox"/> 上、下兩顎      單顎 <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎	缺牙處(含需排牙之殘根)請打 X 及假牙繪圖〔必填〕 1. 殘根請標示 2. 有第8顆牙齒請明確畫出或寫出		
	活動假牙 (缺牙)	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 <input type="checkbox"/> 不跨中線3顆(含)以下 <input type="checkbox"/> 不跨中線3顆以上，增加 _____ 顆 下顎 <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 <input type="checkbox"/> 不跨中線3顆(含)以下 <input type="checkbox"/> 不跨中線3顆以上，增加 _____ 顆			
預計診治步驟詳細說明 (請勾選有執行項目)				估價： _____ 元	
1	<input type="checkbox"/> 初次印模			估價： _____ 元	
2	<input type="checkbox"/> 製作個人牙托				
3	<input type="checkbox"/> 二次印模				
4	<input type="checkbox"/> 製作金屬鋼架				
5	<input type="checkbox"/> 試戴金屬鋼架及決定垂直高度				
*6	材質 <input type="checkbox"/> 彈性床 <input type="checkbox"/> 樹脂床(需含金屬鋼架) <input type="checkbox"/> 其他				
7	<input type="checkbox"/> 試戴排牙				
8	<input type="checkbox"/> 其他：(請自己敘明)				

我已充分了解：此次醫師幫我做的 牙齒治療、拔牙，且院所幫我執行的是「臺中市65歲以上銀髮族活動式假牙裝置補助計畫」申請，完成後假牙由院所保固1年(人為損壞不在保固範圍)。

申請人  
簽名或蓋章

申請補助金額	新臺幣： _____ 元(請院所填報)		
申請日期	年	月	日(請院所填報送牙醫師公會日期)
審核醫師簽章			
牙醫師公會審核	<input type="checkbox"/> 通過	公會 用印	(公會章)
	<input type="checkbox"/> 退件 (理由： _____ )		(理事長章)

身分證正、反面影本黏貼表

<p>身分證影本 黏貼處 (正面)</p>	<p>身分證影本 黏貼處 (反面)</p>
-------------------------------	-------------------------------

# 65 歲以上銀髮族假牙裝置補助計畫說明單

## 申請假牙補助前 請您及家人再想想

敬愛的長輩\_\_\_\_\_，您好：

首先謝謝您關心自己的口腔及牙齒健康，值得我們學習；臺中市近年來 65 歲以上銀髮族假牙裝置補助經費編列是六都之冠，且對長輩好的福利政策，市府一定會持續辦理。

現在您要申辦本項補助計畫，我們竭誠為您服務，說明如下：

- 牙齒如果還有殘根需要拔牙或需要治療牙周病，建議先遵照醫師的治療計畫及您牙齒的復原狀況，等治癒後再申請計畫補助。
- 本計畫「一生補助一次」，請您放寬心，遵循醫師指示詳細診治您的牙齒，讓口腔到達最佳狀態再裝置，讓假牙使用更舒適更長久。
- 如果現在申請補助計畫，1~2 年中若有其他顆牙齒掉落，將會影響這副假牙的功能，也無法再次申請補助。

如果您理解我們的說明，請在上面打勾並簽名喔！

長輩簽章：\_\_\_\_\_ 或

家屬簽章：\_\_\_\_\_ 與長輩之關係\_\_\_\_\_

**注意事項：**本計畫每位長輩「一生僅補助一次」，為了長輩裝置假牙的權利，若有重複申請，將追回合約院所之補助，並由長輩或家屬自行支付本次補助費用給合約院所。

長輩/家屬簽章：\_\_\_\_\_

簽章日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

臺中市政府衛生局

社團法人臺中市牙醫師公會 關心您

臺中市大臺中牙醫師公會

## 個人資料提供同意書

112.12.12 制定

- 一、臺中市政府衛生局（下稱本局）蒐集並取得您的個人資料，目的在於為您提供「65歲以上銀髮族假牙裝置補助計畫」審理及服務時的相關作業所必須。依據相關法令，於處理及使用您的個人資料時需受到個人資料保護法及相關法令之規範。
- 二、您同意授權本局因「65歲以上銀髮族假牙裝置補助計畫」審查所需，可使用及處理您所提供的個人資料及為審查您是否符合補助資格而蒐集您與扶養親屬的相關財稅資料，除了使用於確認您的身分暨是否符合本局「65歲以上銀髮族假牙裝置補助計畫」規定之補助條件並據以與您進行聯絡外，並同意本局繼續處理及使用您的個人資料。
- 三、本同意書如有未盡事宜，仍依個人資料保護法或其他相關法規之規定辦理。
- 四、您已瞭解並同意上述告知事項，本同意書具有同意授權本局蒐集、處理及使用您的個人資料之效果。

我已詳閱本同意書，並經醫療院所說明後已瞭解並同意上述說明（請打勾）

同意者(申請人)：\_\_\_\_\_（請本人簽名/蓋章/手印）

中 華 民 國                      年                      月                      日

假牙裝置前 彩色照片 黏貼處

1. ....口外照(全臉並露齒).....

2. ....口內上顎.....

3. ....口內下顎.....