



預定診治步驟詳細說明

申請人術前照片粘貼單

申請人術後照片粘貼單

實際完成日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

申請人實際花費（以申請人收據金額為主）：新台幣\_\_\_\_\_元

本案申請本府補助：新台幣\_\_\_\_\_元

申請人簽名或蓋章：\_\_\_\_\_

醫療院所用印：

醫師簽名或蓋章：

填表人：

聯絡電話：

複 審

- 符合  
未符合  
原因：

承辦人：                    科長：                    處長：

參 審

縣府核章

縣府補助款新台幣：\_\_\_\_\_元

總計補助款新台幣：\_\_\_\_\_元

（本欄位俟假牙裝置完成後再予核定）

承辦人：                    科長：                    處長：