

## 外胚層增生不良症等 3 項罕見疾病原發性缺牙病人 裝置假牙補助作業說明

中華民國 111 年 9 月 16 日「罕見疾病及藥物審議會」第 67 次會議決議  
中華民國 113 年 6 月 28 日「罕見疾病及藥物審議會」第 74 次會議決議修正

**壹、補助對象：**經醫事人員通報之罹患公告罕見疾病「外胚層增生不良症(Ectodermal Dysplasia)」、「色素失調症(Incontinentia Pigmenti)」或「低磷酸酯酶症(Hypophosphatasia)」病人合併原發性中、重度缺牙者，且有中度以上(含)咬合功能缺損者，且經罕見疾病及藥物審議會或其醫療小組委員與專家審查通過在案之個案。

### 貳、補助項目及標準：

- 一、全口乳牙 17 顆-20 顆者：不予補助。
- 二、乳牙口內 16 顆(含)牙齒以下，或恆牙(不包含第 3 大白齒)20 顆(含)牙齒以下重度缺牙者，且有中度以上(含)咬合功能缺損，補助金額：(咬合功能缺損等級如下附表)

階段	年齡	裝置假牙類別	最高補助金額/頻率		備註
			低收入戶及中低收入戶(全額)	一般戶(80%補助)	
學齡前 (Preschool phase)	2 歲 6 個月~未滿 6 歲	1.上顎活動假牙	12,000 元/單顎、 24,000 元/雙顎， 每顎每 2 年最高補助 1 次	9,600 元/單顎、 19,200 元/雙顎， 每顎每 2 年最高補助 1 次	提供服務單位之治療醫師須具兒童牙科或贖復
		2.下顎活動假牙			
兒童期 (Childhood phase)	6 歲~未滿 12 歲	1.上顎活動假牙	12,000 元/單顎、 24,000 元/雙顎， 每顎每 1 年最高補助 1 次	9,600 元/單顎、 19,200 元/雙顎， 每顎每 1 年最高補助 1 次	補綴牙科專科醫師證書，或該院所為參與全民健
		2.下顎活動假牙			
青少年期 (Adolescence phase)	12 歲~未滿 18 歲	1.上顎臨時全口活動假牙	20,000 元/單顎、 40,000/雙顎， 每顎每 1 年最高補助 1 次	16,000 元/單顎、 32,000 雙顎， 每顎每 1 年最高補助 1 次	康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫者。
		2.下顎臨時全口活動假牙			
		3.上顎臨時部分活動假牙	15,000 元/單顎、 30,000 元/雙顎， 每顎每 1 年最高補助 1 次	12,000 元/單顎、 24,000 元/雙顎， 每顎每 1 年最高補助 1 次	
		4.下顎臨時部分活動假牙			

階段	年齡	裝置假牙類別	最高補助金額/頻率		備註
			低收入戶及中低收入戶(全額)	一般戶(80%補助)	
成年期 (Adult phase)	18歲以上	1.上顎全口活動假牙	50,000元/單顎、100,000元/雙顎，每顎每5年最高補助1次	40,000元/單顎、80,000元/雙顎，每顎每5年最高補助1次	提供服務單位治療醫師須具履復補綴牙科專科醫師證書，或該院所為參與全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫者。
		2.下顎全口活動假牙			
		3.上顎部分活動假牙	30,000元/單顎、60,000元/雙顎，每顎每5年最高補助1次	24,000元/單顎、48,000元/雙顎，每顎每5年最高補助1次	
		4.下顎部分活動假牙			

三、恆牙(不包含第三大白齒)口內 21-24 顆牙齒中度缺牙者，且有中度以上(含)咬合功能缺損(咬合功能缺損等級如下附表)，補助標準：

階段	年齡	補助項目	最高補助金額/頻率		備註
			低收入戶及中低收入戶(全額)	一般戶(80%補助)	
青少年期 (Adolescence phase)	12歲~未滿18歲	1.上顎臨時部分活動假牙	15,000元/單顎、30,000元/雙顎，每顎每1年最高補助1次	12,000元/單顎、24,000元/雙顎，每顎每1年最高補助1次	提供服務單位治療醫師須具兒童牙科或履復補綴牙科專科醫師證書，或該院所為參與全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫者。
		2.下顎臨時部分活動假牙			
成年期 (Adult phase)	18歲以上	1.上顎部分活動假牙	30,000元/單顎、60,000元/雙顎，每顎每5年最高補助1次	24,000元/單顎、48,000元/雙顎，每顎每5年最高補助1次	提供服務單位治療醫師須具履復補綴牙科專科醫師證書，或該院所為參與全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫者。
		2.下顎部分活動假牙			

附表 1、咬合功能缺損等級表：

編號	檢查分項表	咬合功能缺損等級
1	全口上下顎皆無牙	極重度
2	上及下顎總牙齒數 $\leq$ 4顆，且有一顎牙齒總數 $\leq$ 2顆	
	上(下)顎有一顎無牙齒	
	上下顎剩餘牙齒無對咬關係	
3	上及下顎總牙齒數 $\leq$ 5顆，且有一顎牙齒總數 $\leq$ 3顆	重度
	上下顎剩餘牙齒有 1-3 組對咬關係	
4	上下顎剩餘牙齒有 4-5 組對咬關係	中度
5	上下顎剩餘牙齒有 6-7 組對咬關係	
6	上下顎剩餘牙齒有 8-9 組對咬關係	
7	上下顎剩餘牙齒有 10-11 組對咬關係	輕度
8	上下顎剩餘牙齒有 12-13 組對咬關係	
9	上下顎剩餘牙齒有 14 組(含 14 組)以上對咬關係	

參、申請相關規定：

一、服務提供單位：具有開業執照、執業執照及治療醫師須具之牙科專科醫師證書，且為全民健康保險特約之公私立醫療院所，或參與全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之院所。

二、申請對象：罕見疾病病人診治之醫療機構為申請人。

三、申請作業流程：

- (一)診治之醫療機構於衛生福利部國民健康署罕見疾病整合式資訊管理系統 <https://rareidr.hpa.gov.tw/>(下稱罕病系統)確認個案經罕見疾病通報審查通過。
- (二)於裝置假牙療程開始前先行於罕病系統申請。
- (三)申請補助文件及交付方式如下表：

申請補助文件	交付方式	
	罕病系統	正本郵寄
1. 罕見疾病病人裝置假牙治療補助申請單。(附件2)	資料簽署後掃描檔上傳系統	紙本郵寄至專案辦公室
2. 罕見疾病病人裝置假牙治療申請補助同意及切結書。(附件3)		

申請補助文件	交付方式	
	罕病系統	正本郵寄
3. 病歷資料，須符合標準病歷規格，詳載每次就診日期時間、個案基本資料、口腔檢查紀錄、牙醫醫學詞彙、診斷、治療計畫、處置內容、牙位及醫師簽章。	電子檔 上傳系統	—
4. 齒顎全景X光片攝影(口腔X光片)，需符合治療前口腔狀況，並加註拍攝日期。		
5. 其他檢附文件(如：低收入戶或中低收入戶證明等)。		

(四)經審查通過後，由衛生福利部(國民健康署)函知申請醫療機構審查結果。

(五)審查通過之病人於補助核定通過後 6 個月內完成假牙裝置治療，醫療機構備於完成後，3 個月內備妥核銷文件(如下)寄送至專案辦公室請款，款項撥付至醫療機構(詳細流程如附件 1)。

(六)核銷應附文件：

1. 核准公文影本。
2. 罕見疾病病人假牙裝置補助款申領清單。(附件 4)
3. 罕見疾病病人假牙裝置證明書。(附件 5)
4. 醫院開立之收據(政府補助款與個案自付款須個別開立)。

#### 四、其他注意事項：

(一)醫療機構應提供之製作活動假牙基本假牙材質如下：

1. 底座：(材質至少為以下三者之一)

- (1) 鈷鉻合金。
- (2) 一般樹脂或彈性樹脂。
- (3) 樹脂底座得加金屬網底。

2. 牙齒：樹脂牙或塑鋼牙。

3. 上述材質為基本規範，醫療機構得視罕見疾病病人個案口腔狀況依專業判斷使用最妥適材質，如使用上述以外材質而須由病人自行補貼差額，應向病人充分說明並徵得同意。

(二)本項補助費用含基本印模、操作技術費用、診察費及牙體技術師/士費用。

(三)診治之醫療機構如認為罕見疾病病人有施行口腔治療之必要時(如根管治療、蛀牙填補或牙周治療等)，得以健保方式處理，並與病人充分說明討論後先進行治療，不得另立名目收取與本裝置假牙補助無關之費用。

- (四)罕見疾病病人同一年度內，僅能由 1 家診治之醫療機構申請補助，2 家以上者以申請日期較早之診治醫療機構為申請單位。
- (五)倘遇罕病病人因故(中斷原因為醫療院所不可抗力之因素)致無法完成治療療程，包含患者死亡、傷病(失能)、6 個月內無至診治之醫療機構進行任何治療等，其已實際完成製作之內容，可經審查通過後，依核定之補助金額辦理核銷作業。
- (六)罕見疾病病人若已接受政府其他同性質補助者，不得重複申請本項補助。
- (七)為避免申請案件延宕，經行政檢視或審查結果為文件未齊全之案件，若通知補件後逾 3 個月仍未補齊，則原始申請文件將退還予申請醫療院所，待申請院所備齊文件後再行申請。
- (八)每一項目之補助價格，低收入戶及中低收入戶為全額補助，其他一般戶民眾補助 80%為上限，實際費用未達最高補助金額者，依實際費用補助之。
- (九)本補助費用係以銀行轉帳(戶名為醫療機構名稱)方式核撥，請於申報費用領據上確實填寫無誤。
- (十)有關申請流程及表格等，請向罕見疾病醫療補助專案辦公室索取或自衛生福利部國民健康署網站下載(網址：<http://www.hpa.gov.tw/>健康主題/健康生活/罕見疾病)。如有相關問題請洽罕見疾病醫療補助專案辦公室聯絡資訊如下：

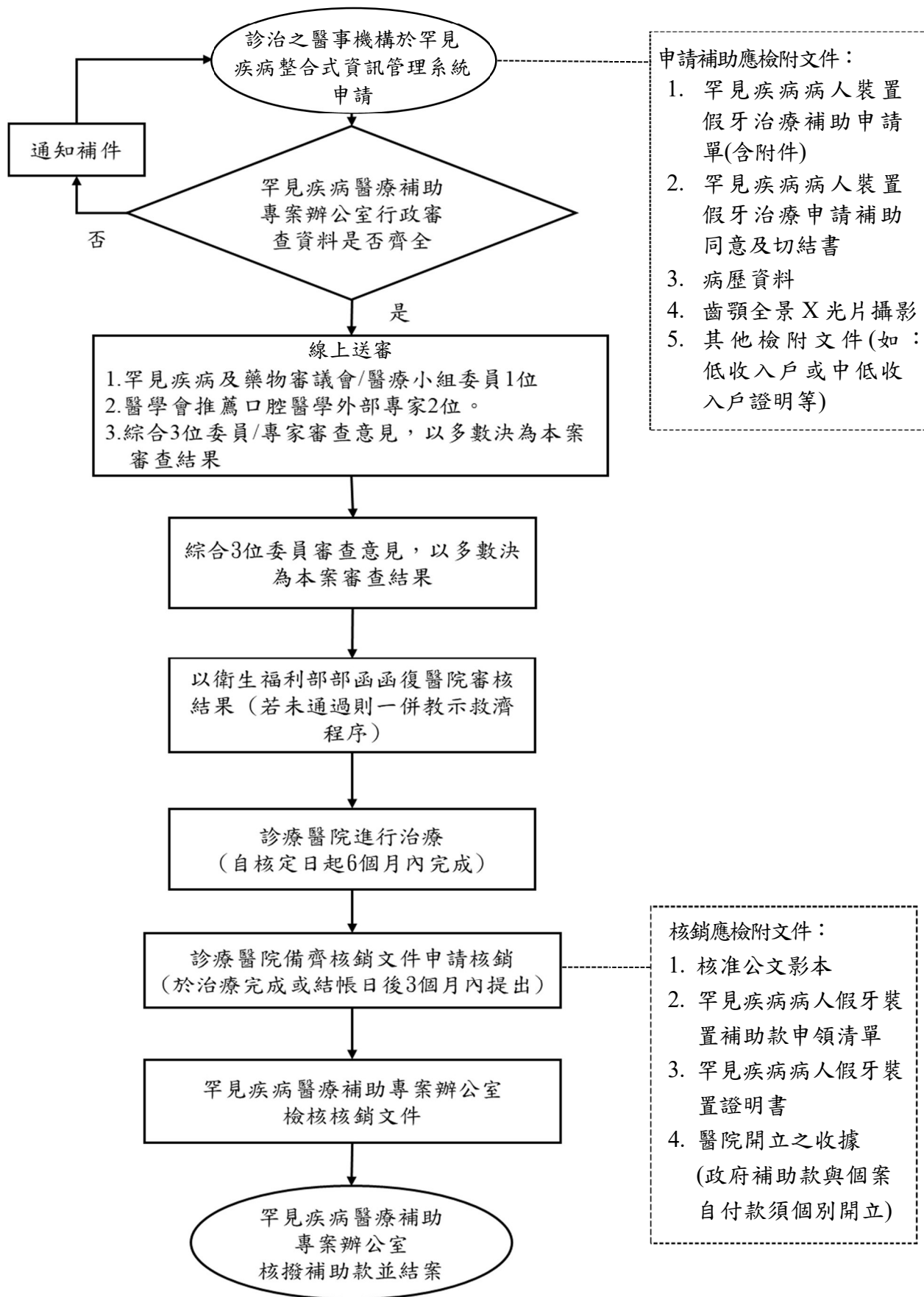
專線電話：(02)2545-9066

傳真電話：(02)2545-9166

地址：(10341)臺北市大同區長安西路 289 號 8 樓-1

專用 email 帳號：[rare\\_disease@iisigroup.com](mailto:rare_disease@iisigroup.com)

附件 1、外胚層增生不良症等 3 項罕見疾病原發性缺牙病人  
裝置假牙補助作業流程



**附件 2、外胚層增生不良症等 3 項罕見疾病原發性缺牙病人  
裝置假牙補助申請單**

【本經費由菸品健康福利捐支應】

申請日期： 年 月 日

個案姓名：	出生日期：	身分證字號：
家庭類別： <input type="checkbox"/> 一般； <input type="checkbox"/> 中低收入戶； <input type="checkbox"/> 低收入戶(中低收入戶、低收入戶請檢附證明文件)		
戶籍地址： 縣 鄉鎮 村 鄰 路 段 巷 號 樓 市 市區 街		
聯絡地址： <input type="checkbox"/> 1.同戶籍地址 <input type="checkbox"/> 2.其他： 縣 鄉鎮 村 鄰 路 段 巷 號 樓 市 市區 街		
電子信箱：		
聯絡電話：日 ( ) 夜 ( )		手機號碼：
罕見疾病名稱： <input type="checkbox"/> 外胚層增生不良症(Ectodermal Dysplasia) <input type="checkbox"/> 色素失調症(Incontinentia Pigmenti) <input type="checkbox"/> 低磷酸酯酶症(Hypophosphatasia)		
醫療機構本案聯絡人：		電話：
本申請案，經醫師評估：個案罹患以上公告罕見疾病，須接受裝置假牙治療，治療內容說明如附件。		
醫療機構名稱：		
醫師簽名： (醫師親簽或醫師章)		專科別： <input type="checkbox"/> 兒童牙科 <input type="checkbox"/> 膺復補綴牙科； (專科證號： )
醫療機構用印：		
醫療機構地址：		
請檢附：1.病人同意及切結書、2.病歷資料、3.齒顎全景 X 光片攝影、4.其他(如：中低收入或低收入戶證明影本)，連同此申請單(含附件)之電子檔，上傳至罕見疾病整合式資訊管理系統，並將申請單與同意書及切結書正本郵寄至本署委託之罕見疾病醫療補助專案辦公室收 地址：(10341)臺北市大同區長安西路 289 號 8 樓-1 電話：02-2545-9066 Mail：rare_disease@iisigroup.com		

附件、就診者接受本補助項目之治療內容

一、就診者接受本補助項目之治療內容：

1. 乳牙口內 16 顆(含)牙齒以下，或恆牙(不包含第 3 大白齒)20 顆(含)牙齒以下重度缺牙者，且有中度以上(含)咬合功能缺損

- 1-1.  2 歲 6 個月~未滿 6 歲： 1-1-1.  上顎活動假牙；  
 1-1-2.  下顎活動假牙(得複選)
- 1-2.  6 歲~未滿 12 歲： 1-2-1.  上顎活動假牙；  
 1-2-2.  下顎活動假牙(得複選)
- 1-3.  12 歲~未滿 18 歲： 1-3-1.  上顎臨時全口活動假牙；  
 1-3-2.  下顎臨時全口活動假牙；  
 1-3-3.  上顎臨時部分活動假牙；  
 1-3-4.  下顎臨時部分活動假牙(得複選至多 2 項，同一顎不得重複)
- 1-4.  18 歲以上： 1-4-1.  上顎全口活動假牙；  
 1-4-2.  下顎全口活動假牙；  
 1-4-3.  上顎部分活動假牙；  
 1-4-4.  下顎部分活動假牙(得複選至多 2 項，同一顎不得重複)

2. 恆牙(不包含第三大白齒)口內 21-24 顆牙齒中度缺牙者，且有中度以上(含)咬合功能缺損

- 2-1.  12 歲~未滿 18 歲： 2-1-1.  上顎臨時部分活動假牙；  
 2-1-2.  下顎臨時部分活動假牙(得複選)
- 2-2.  18 歲以上： 2-2-1.  上顎部分活動假牙；  
 2-2-2.  下顎部分活動假牙(得複選)

乳牙齒列

E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E

混合齒列(請自行填寫牙位)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

恆牙齒列(請以已萌發出之牙齒填寫牙位)

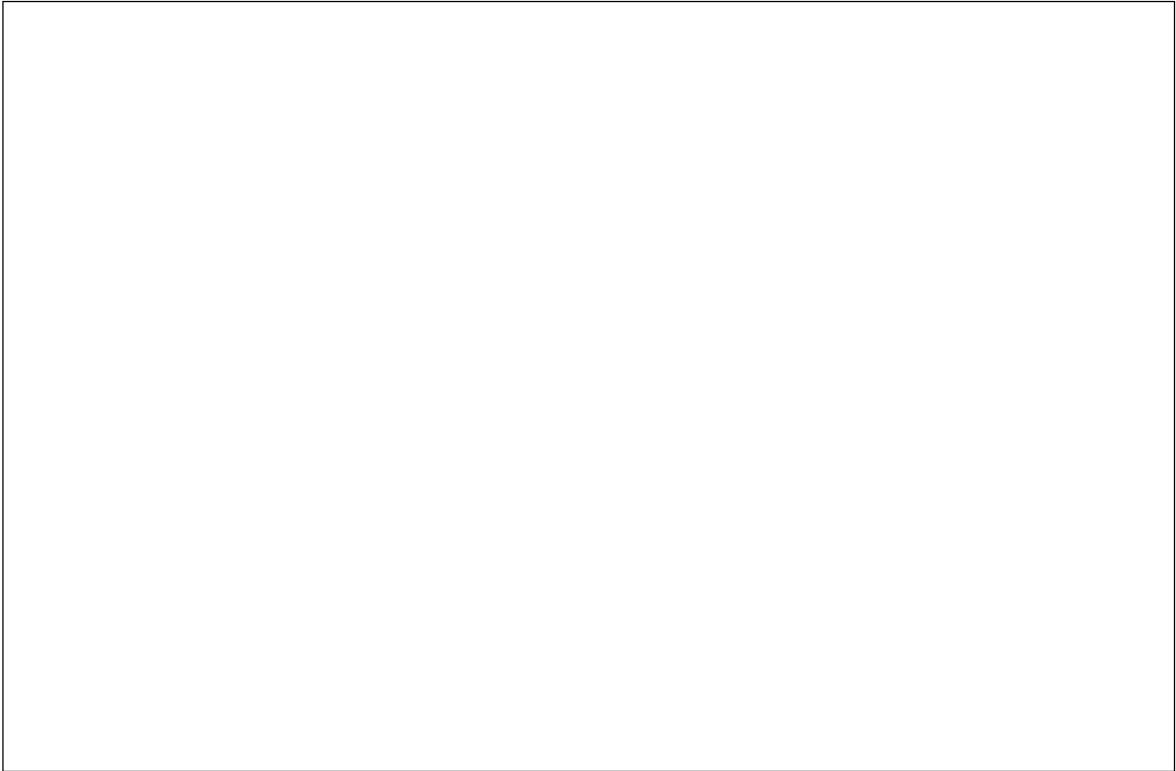
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

△:代表殘根；×:代表缺牙；○:代表補牙(C&B)

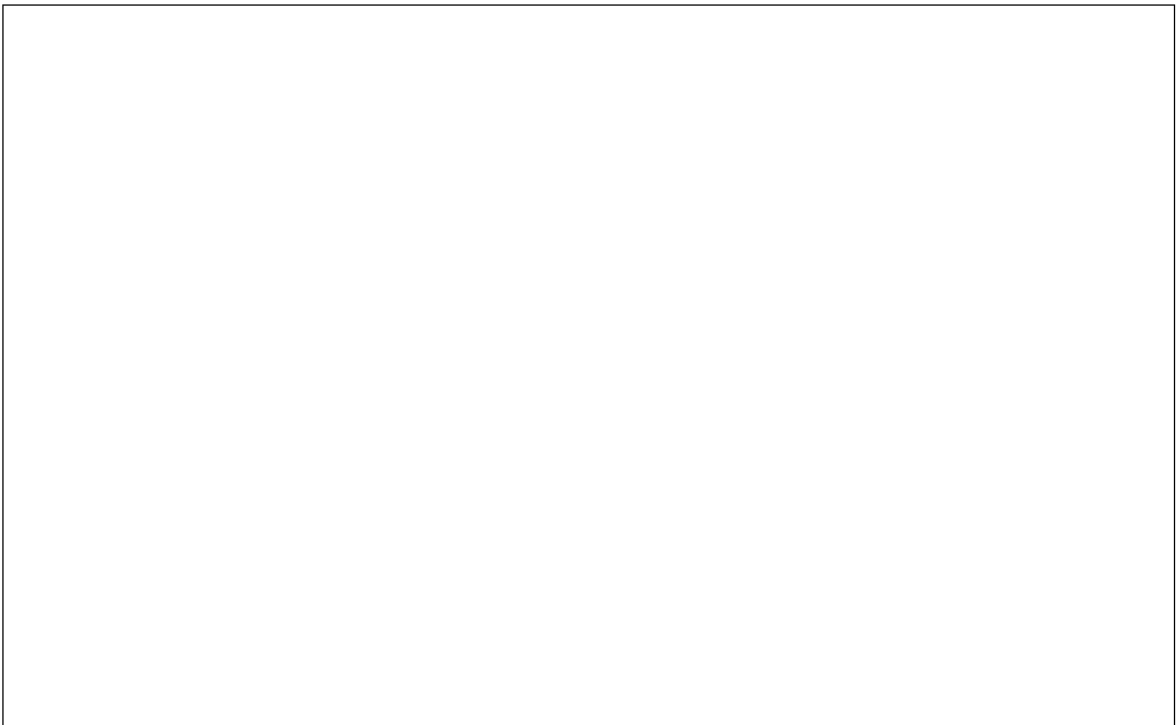
三、其他治療說明(無則免填)：



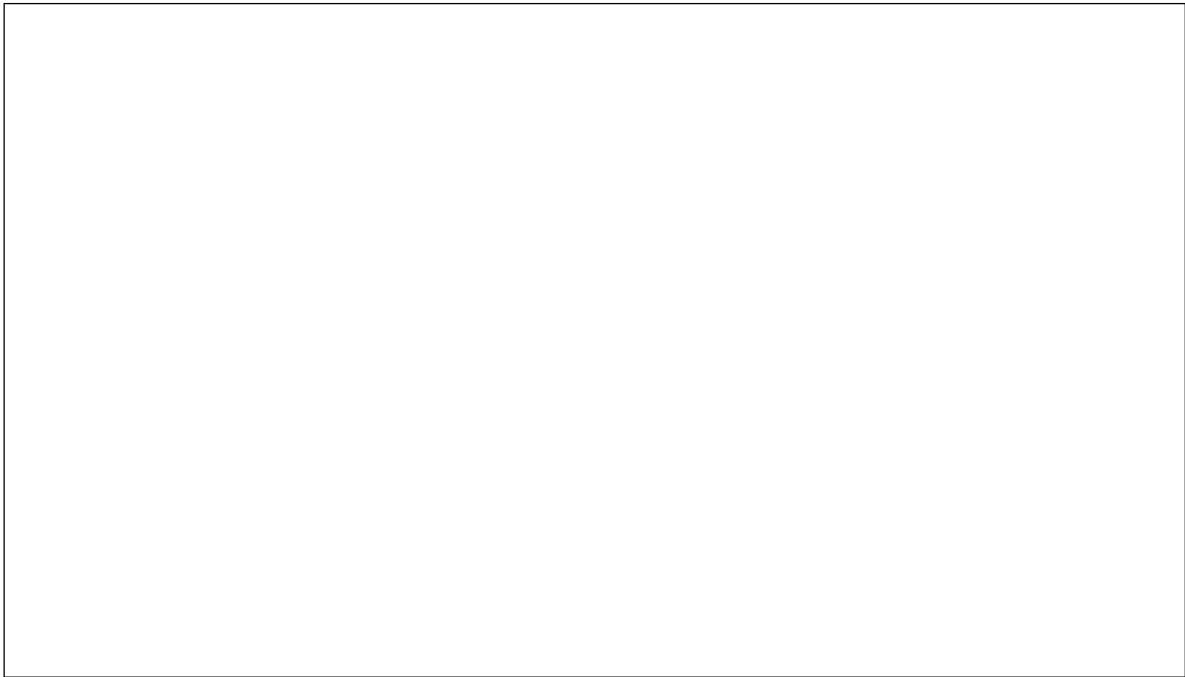
裝置假牙前彩色照片



↑個案裝置假牙前-口腔上顎彩色照片



↑個案裝置假牙前-口腔下顎彩色照片



↑個案裝置假牙前-全臉彩色照片

注意事項：

1. 檢附之口腔上、下顎及全臉照片應符合申請時口腔現狀，以不超過 6 個月為限（3 個月內為佳）。
2. 照片以可明確辨識個案本人、口腔狀況及咬合缺損為原則，並請附註拍照日期或由機構附註日期。
3. 缺牙程度說明：
  - (1) 重度缺牙：乳牙口內存在 16 顆（含）牙齒以下，恆牙存在（不包含第三大白齒）口內 20 顆（含）以下。
  - (2) 中度缺牙：恆牙（不包含第三大白齒）口內存在 21-24 顆牙齒。
4. 咬合功能缺損等級表如下：

編號	檢查分項表	咬合功能缺損等級
1	全口上下顎皆無牙	極重度
2	上及下顎總牙齒數 $\leq$ 4 顆，且有一顎牙齒總數 $\leq$ 2 顆	
	上(下)顎有一顎無牙齒	
3	上下顎剩餘牙齒無對咬關係	重度
	上及下顎總牙齒數 $\leq$ 5 顆，且有一顎牙齒總數 $\leq$ 3 顆	
4	上下顎剩餘牙齒有 1-3 組對咬關係	中度
5	上下顎剩餘牙齒有 4-5 組對咬關係	
6	上下顎剩餘牙齒有 6-7 組對咬關係	
7	上下顎剩餘牙齒有 8-9 組對咬關係	輕度
8	上下顎剩餘牙齒有 10-11 組對咬關係	
9	上下顎剩餘牙齒有 12-13 組對咬關係	
	上下顎剩餘牙齒有 14 組(含 14 組)以上對咬關係	

**附件3、外胚層增生不良症等3項罕見疾病原發性缺牙病人  
裝置假牙治療申請補助同意及切結書**

【本經費由菸品健康福利捐支應】

病人姓名：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_ 身分證號：\_\_\_\_\_

以下由醫療機構填寫：

罕見疾病治療之醫療機構：		病歷號碼：			
裝置假牙醫療機構：					
治療項目代碼(參考下表)：		；治療費用：新台幣		元	
申請政府補助費用：新台幣		元；病人自付金額：新台幣		元	
項目代碼	<b>1.乳牙口內 16顆(含)牙齒以下，或恆牙(不包含第3大白齒)20顆(含)牙齒以下重度缺牙者，且有中度以上(含)咬合功能缺損</b>				
1-1-1.	2歲6個月~未滿6歲:上顎活動假牙	1.一般戶:最高9,600元/單顆	1-3-3.	12歲~未滿18歲:上顎臨時部分活動假牙	1.一般戶:最高12,000元/單顆
1-1-2.	2歲6個月~未滿6歲:下顎活動假牙	2.低收入戶及中低收入戶:最高12,000元/單顆	1-3-4.	12歲~未滿18歲:下顎臨時部分活動假牙	2.低收入戶及中低收入戶:最高15,000元/單顆
1-2-1.	6歲~未滿12歲:上顎活動假牙		1-4-1.	18歲以上:上顎全口活動假牙	1.一般戶:最高40,000元/單顆
1-2-2.	6歲~未滿12歲:下顎活動假牙		1-4-2.	18歲以上:下顎全口活動假牙	2.低收入戶及中低收入戶:最高50,000元/單顆
1-3-1.	12歲~未滿18歲:上顎臨時全口活動假牙	1.一般戶:最高16,000元/單顆	1-4-3.	18歲以上:上顎部分活動假牙	1.一般戶:最高24,000元/單顆
1-3-2.	12歲~未滿18歲:下顎臨時全口活動假牙	2.低收入戶及中低收入戶:最高20,000元/單顆	1-4-4.	18歲以上:下顎部分活動假牙	2.低收入戶及中低收入戶:最高30,000元/單顆
<b>2.恆牙(不包含第三大白齒)口內 21-24顆牙齒中度缺牙者，且有中度以上(含)咬合功能缺損</b>					
2-1-1.	12歲~未滿18歲:上顎臨時部分活動假牙	1.一般戶:最高12,000元/單顆	2-2-1.	18歲以上:上顎部分活動假牙	1.一般戶:最高24,000元/單顆
2-1-2.	12歲~未滿18歲:下顎臨時部分活動假牙	2.低收入戶及中低收入戶:最高15,000元/單顆	2-2-2.	18歲以上:下顎部分活動假牙	2.低收入戶及中低收入戶:最高30,000元/單顆

以下由病人或法定代理人填寫：

病人或法定代理人\_\_\_\_\_ (立同意書人)，經醫師詳細說明，已充分了解接受裝置假牙之必要及治療費用補助原則，並同意自行負擔裝置假牙費用之20% (政府補助80%)。如為中低收入戶或低收入戶則免部份負擔，由政府全額補助。(最高補助金額如上表)

並同意接受診治之醫療機構拍攝本人假牙裝置前/後照片，作為存檔及申請補助之用。且切結保證並未接受政府或民間單位其他同性質補助或社會保險給付，若有虛報不實，經查明者，願負法律責任，並同意放棄申請資格，及無條件繳回該項補助經費。

個案 (或法定代理人) 簽名：\_\_\_\_\_

身分證號：\_\_\_\_\_ 與個案關係：個案本人 法定代理人

中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

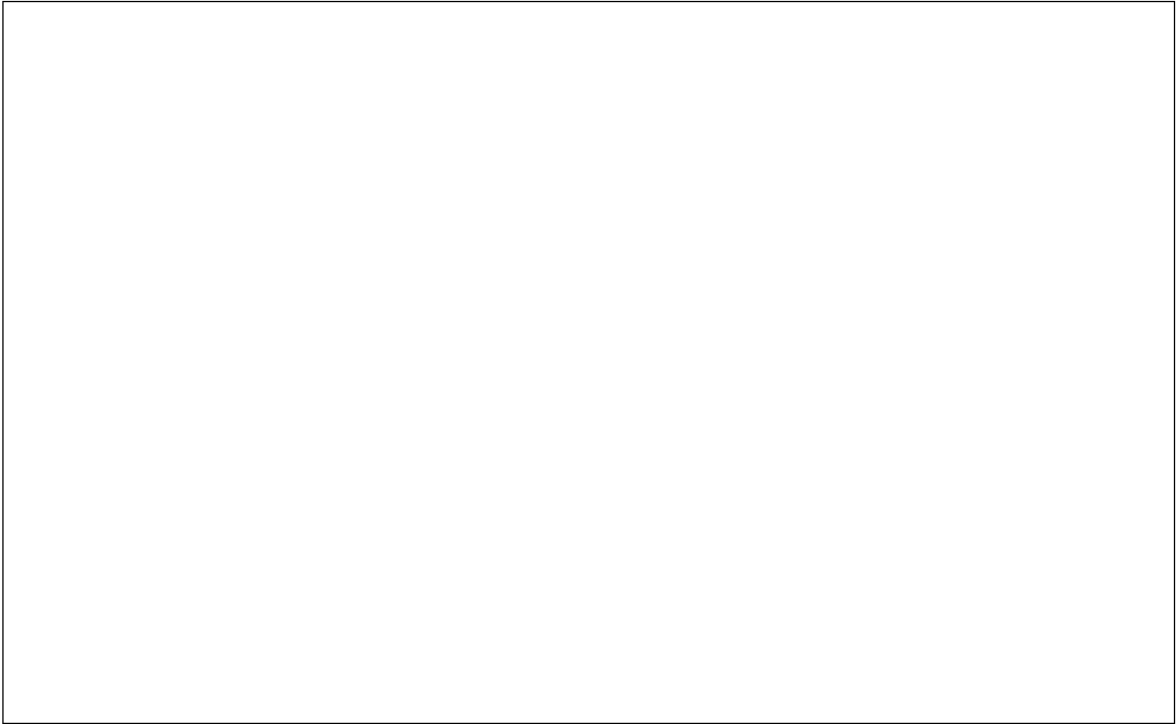
**附件 4、外胚層增生不良症等 3 項罕見疾病原發性缺牙病人  
裝置假牙補助款申領清單**

編號	個案姓名	診斷疾病名稱(英文)	項目代碼	申請補助金額	
總 計				元	
項目代碼	<b>1.乳牙口內 16 顆(含)牙齒以下，或恆牙(不包含第 3 大白齒)20 顆(含)牙齒以下重度缺牙者，且有中度以上(含)咬合功能缺損</b>				
1-1-1.	2 歲 6 個月~未滿 6 歲：上顎活動假牙	1.一般戶：最高 9,600 元/單顎 2.低收入戶及中低收入戶：最高 12,000 元/單顎	1-3-3.	12 歲~未滿 18 歲：上顎臨時部分活動假牙	1.一般戶：最高 12,000 元/單顎 2.低收入戶及中低收入戶：最高 15,000 元/單顎
1-1-2.	2 歲 6 個月~未滿 6 歲：下顎活動假牙		1-3-4.	12 歲~未滿 18 歲：下顎臨時部分活動假牙	
1-2-1.	6 歲~未滿 12 歲：上顎活動假牙		1-4-1.	18 歲以上：上顎全口活動假牙	1.一般戶：最高 40,000 元/單顎 2.低收入戶及中低收入戶：最高 50,000 元/單顎
1-2-2.	6 歲~未滿 12 歲：下顎活動假牙		1-4-2.	18 歲以上：下顎全口活動假牙	
1-3-1.	12 歲~未滿 18 歲：上顎臨時全口活動假牙	1.一般戶：最高 16,000 元/單顎 2.低收入戶及中低收入戶：最高 20,000 元/單顎	1-4-3.	18 歲以上：上顎部分活動假牙	1.一般戶：最高 24,000 元/單顎 2.低收入戶及中低收入戶：最高 30,000 元/單顎
1-3-2.	12 歲~未滿 18 歲：下顎臨時全口活動假牙		1-4-4.	18 歲以上：下顎部分活動假牙	
	<b>2.恆牙(不包含第三大白齒)口內 21-24 顆牙齒中度缺牙者，且有中度以上(含)咬合功能缺損</b>				
2-1-1.	12 歲~未滿 18 歲：上顎臨時部分活動假牙	1.一般戶：最高 12,000 元/單顎 2.低收入戶及中低收入戶：最高 15,000 元/單顎	2-2-1.	18 歲以上：上顎部分活動假牙	1.一般戶：最高 24,000 元/單顎 2.低收入戶及中低收入戶：最高 30,000 元/單顎
2-1-2.	12 歲~未滿 18 歲：下顎臨時部分活動假牙		2-2-2.	18 歲以上：下顎部分活動假牙	

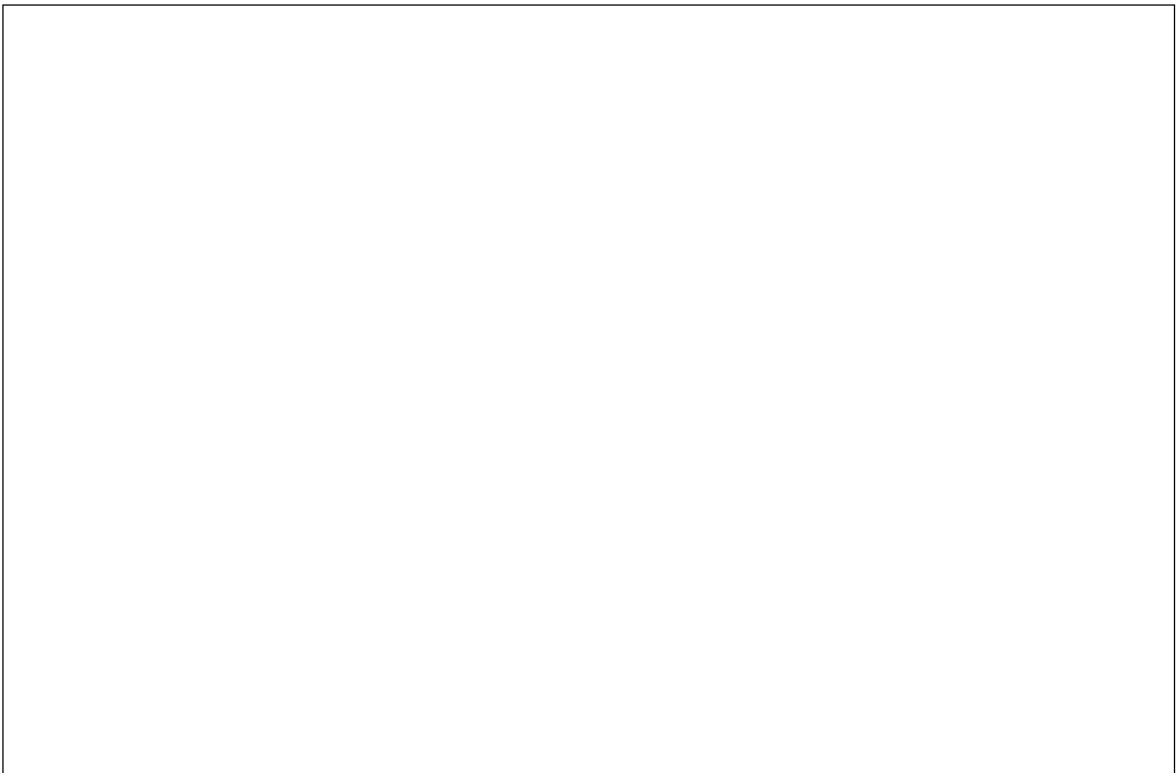
**附件 5、外胚層增生不良症等 3 項罕見疾病原發性缺牙病人  
裝置假牙證明書**

基本資料欄	姓名：_____																		
	出生日期：____年 ____月 ____日，身分證字號：_____																		
	家庭類別： <input type="checkbox"/> 一般； <input type="checkbox"/> 中低收入戶； <input type="checkbox"/> 低收入戶																		
	戶籍地址： <table style="display: inline-table; border: none; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center;">縣</td> <td style="text-align: center;">鄉鎮</td> <td style="text-align: center;">村</td> <td style="text-align: center;">鄰</td> <td style="text-align: center;">路</td> <td style="text-align: center;">段</td> <td style="text-align: center;">巷</td> <td style="text-align: center;">號</td> <td style="text-align: center;">樓</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">市</td> <td style="text-align: center;">市區</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	縣	鄉鎮	村	鄰	路	段	巷	號	樓	市	市區							
縣	鄉鎮	村	鄰	路	段	巷	號	樓											
市	市區																		
裝置假牙執行欄	聯絡地址： <input type="checkbox"/> 1.同戶籍地址 <input type="checkbox"/> 2.其他： <table style="display: inline-table; border: none; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center;">縣</td> <td style="text-align: center;">鄉鎮</td> <td style="text-align: center;">村</td> <td style="text-align: center;">鄰</td> <td style="text-align: center;">路</td> <td style="text-align: center;">段</td> <td style="text-align: center;">巷</td> <td style="text-align: center;">號</td> <td style="text-align: center;">樓</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">市</td> <td style="text-align: center;">市區</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	縣	鄉鎮	村	鄰	路	段	巷	號	樓	市	市區							
	縣	鄉鎮	村	鄰	路	段	巷	號	樓										
	市	市區																	
	收件日期：____年____月____日，完成日期：____年____月____日																		
備註說明(無則免填)：_____																			
	醫療機構名稱： <span style="float: right;">執行醫師簽章：</span>																		
	醫療機構用印：																		
	醫療機構地址： <span style="float: right;">電話：</span>																		

## 假牙裝置後彩色照片



### ↑個案假牙裝置後-口腔上顎彩色照片



### ↑個案假牙裝置後-口腔下顎彩色照片

注意事項：

1. 照片以可明確辨識個案本人及口腔狀況為原則。
2. 請附註拍照日期或由機構附註日期。



↑個案假牙裝置後-全臉彩色照片

注意事項：

1. 照片以可明確辨識個案本人及口腔狀況為原則。
2. 請附註拍照日期或由機構附註日期。