

臺南市中低收入老人補助裝置假牙申請表

申請人 基本資料	姓名							性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	年 月 日
	身分證字號								連絡電話		
	戶籍地址	市 區 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓									
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 另列如下									
	身分類別	設籍本市年滿 65 歲以上或年滿 55 歲以上原住民 <input type="checkbox"/> 低收入戶、中低收入戶 <input type="checkbox"/> 經本府全額補助收容安置 <input type="checkbox"/> 領有中低收入老人生活津貼 <input type="checkbox"/> 領有身心障礙者生活補助費 <input type="checkbox"/> 經本府補助身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用達 50%以上。									
	應備文件	<input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 身分類別證明文件(公所開立)									
切 結 書	<p>本人 茲申請中低收入老人助裝置假牙，本人已充分了解並符合本計畫申請補助對象資格規定，且未於 5 年內領有相同補助，上述所填各項資料及附文件均完全屬實；如經查證以詐欺或其他不正當行為或虛偽之證明申請補助費用者，應負一切法律責任，並返還本府已支付之補助經費；另除傷病、死亡等因素致無法繼續完成裝置活動假牙者，其假牙製作材料費用自行負擔，特此切結。</p> <p>申訴電話：臺南市社會局民治行政中心 6322231#6540 黃怡菁小姐 台南市牙醫師公會 3122908、3120106 溫思慧小姐</p> <p>此致</p> <p style="text-align: center;">臺南市政府社會局</p> <p style="text-align: right;">申請人(或代理人)簽章： _____</p>										