臺南市政府社會局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	□男 □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	□ 同上 □ 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** □低收入戶、中低收入戶　　□經本府全額補助收容安置 □ 領有中低收入老人生活津貼　　□領有身心障礙者生活補助費 □ 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	□ 身分證正反面影本 □ 身分類別證明文件(公所開立)				

切結書

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，並返還本局已支付之補助經費；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。

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 黃靜芬小姐

此致

臺南市政府社會局

申請人（或代理人）簽章：＿＿＿＿＿＿