

臺南市政府 110 年度補助原住民長者敬老好視界申請表

收件日期： 年 月 日

申請人基本資料	姓名	性別	出生日期	年	月	日
		身分證字號		族別		
	電話		手機			
	戶籍地址					
	居住地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 另列如右：				

本人_____茲申請「補助原住民長者敬老好視界」，已充分了解並符合本計畫申請補助對象資格規定，且從未申請其他配鏡補助，並同意由特約眼鏡行附設驗光所代為申請補助款做為配鏡費用。上述所填各項資料均完全屬實，並同意提供貴府查詢確認本人身分使用；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，並返還已支付之補助經費，特此切結。

本人或家屬經驗光師_____詳細說明後，已確實瞭解申請計畫補助金額上限為壹仟元，對於超出補助上限之費用共計新臺幣_____元，願以自費方式負擔。

(如為代理申請，代理人應將表內事項詳細告知申請人)

此致 臺南市政府

申請人(代理人)簽章：_____

與申請人關係：_____

身分證字號：_____

戶籍地址：_____

申請日期： 年 月 日