

臺南市政府 111 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

臺南市政府 111 年度補助原住民長者敬老好視界審核表

眼鏡行(附設驗光所)名稱：_____ 統一編號：_____

眼鏡行(附設驗光所)地址：_____ 驗光師姓名：_____

配 鏡 計 畫 內 容						
眼鏡 驗光 資料	眼鏡用途：					
		SPH(球面度數)	CYL(散光度數)	X	AXIS(散光軸度)	ADD(老花加入度)
	OD-Right (右眼度數)			X		
	OS-Left (左眼度數)			X		
	PD 值(兩眼瞳孔距離)： FPD 值：__ mm / NPD 值：__ mm					
需求 項目	項目				自費金額	補助金額
	合計預估總金額					
	申請補助金額					(上限 1,000 元)
備 註 說 明						
負責 驗光師簽章		眼鏡行 (附設驗光所) 蓋章		申請者 同意簽章	(簽名或蓋章或捺指)	

臺南市政府 審核	<input type="checkbox"/> 通過，核定金額：_____元。 核定公文 年 月 日 府原社字第 _____ 號函。	臺南市政府 核	
-------------	---	------------	--