|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 臺南市中低收入老人補助裝置假牙申請表  **範例** | | | | | | | | | | | | | |
| 申 請 人 基 本 資 料 | 姓 名 | 吳○○ | | | | | | 姓別 | | □男   * 女 | | 出生年月日 | ○年○月○日 |
| 身份證  字號 | R | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 連絡  電話 | 06-×××××× |
| 戶籍地址 | 臺南 市 南化 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 □經政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   * 經各級政府補助身心障礙者托育費或養護費達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。  申訴電話：臺南市社會局民治行政中心 6322231#6540 黃怡菁小姐  臺南市牙醫師公會 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：吳○○ □ | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | | | | | 姓別 | | * 男 * 女 | | 出生年月日 | 年 月 日 |
| 身份證  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 □經政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 * 經各級政府補助身心障礙者托育費或養護費達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。  申訴電話：臺南市社會局民治行政中心 6322231#6540 黃怡菁小姐  臺南市牙醫師公會 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： | | | | | | | | | | | | | |