|  |
| --- |
| 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：  |