範例

臺南市中低收入老人補助裝置假牙申請表

日 青 入 基 金 會	姓名	吳○○						姓別	☐ 男 ☐ 女		出生 年月 日	○年○月○日
	身分證 字號	R	○	○	○	○	○	○	○	○	聯絡 電話	06-xxxxxxx
	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)											

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

姓名									出生 年月 日	年 月 日
	姓別 ☐ 男 ☐ 女									
身份證 字號										連絡 電話
戶籍地址	市 區 里 鄰 路									

申請人基本資料		(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)

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：_____