臺南市政府社會局中低收入老人補助裝置假牙申請表

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-xxxxxx
	戶籍地址	臺南 市 新營 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 □經本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 □ 經本府補助身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用達 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，並返還本局已支付之補助經費；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（松柏育樂中心）06-2156974#20 曾竹吟小姐 臺南市牙醫師公會 06-3122908、06-3120106 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○○ □											