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	陳 00					姓別		☐男 ☐女		出生年月日	00 年 00 月 00 日
	身份證字號	R	0	0	0	0	0	0	0	0	連絡電話	06-0000000
	戶籍地址	臺南 市 新營 00 區 00 里 00 鄰 00 路（街） 段 巷 弄 00 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** ☐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 2991111-6539 陳逸珊小姐 台南市牙醫師公會 2154797 溫思慧小姐、高瑄小姐 此致 臺南市政府社會局 申請人（或代理人）簽章：陳 00										