臺南市政府社會局中低收入老人補助裝置假牙申請表

<table>
<tr><td rowspan="5">申請人基本資料</td><td>姓 名</td><td colspan="4"></td><td>性別</td><td>□ 男
□ 女</td><td>出生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>身分證字號</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>連絡電話</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>戶籍地址</td><td colspan="11">市　　區　　里　　鄰　　路（街）
段　　巷　　弄　　號　　樓</td></tr>
<tr><td>通訊地址</td><td colspan="11">□ 同上
□ 另列如下</td></tr>
<tr><td>家屬</td><td>關係</td><td></td><td>姓名</td><td colspan="2"></td><td>連絡電話</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td>身分類別</td><td colspan="10">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。</td></tr>
<tr><td></td><td>應備文件</td><td colspan="10">□ 身分證正反面影本
□ 身分類別證明文件(公所開立)</td></tr>
<tr><td>切結書</td><td colspan="11">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
台南市牙醫師公會　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：_____</td></tr>
</table>