

原住民族委員會補助原住民族長者裝置假牙申請表

收件日期： 年 月 日

| | | | | | | |
|---------|------|--|------|----|----|---|
| 申請人基本資料 | 姓名 | 性別 | 出生日期 | 年 | 月 | 日 |
| | | 身分證字號 | | | 族別 | |
| | 電話 | | | 手機 | | |
| | 戶籍地址 | | | | | |
| | 居住地址 | <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 另列如右： | | | | |

本人_____茲申請「補助原住民族長者裝置假牙執行計畫」，已充分了解並符合本計畫申請補助對象資格規定，且於114年度同一類未曾取得相同補助項目或其他政府機關所辦假牙計畫之補助，並同意由牙科醫院(診所)代為申請補助款做為裝置(維修)假牙費用。

本人上述所填各項資料均完全屬實，並同意提供貴府查詢確認本人身分使用；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，並返還已支付之補助經費，特此切結。

(如為代理申請，代理人應將表內事項詳細告知申請人)

此致 臺南市政府

申請人(代理人)簽章：_____

申請日期： 年 月 日