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>身份證字號</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>聯絡電話</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>戶籍地址</td><td colspan="11"></td></tr>
<tr><td>通訊地址</td><td colspan="11">□同上
□另列如下：</td></tr>
<tr><td>申請補助金額</td><td colspan="5"></td><td colspan="2">篩檢醫療院所名稱</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">福利身份</td><td colspan="11">□65歲以上老人　　□55歲以上原住民
□列冊低收入戶、中低收入戶
□領有中低收入老人生活津貼
□領有身心障礙者生活補助費
□經各級政府全額補助收容安置
□經各級政府補助身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用達百分之五十以上</td></tr>
<tr><td colspan="2">應備文件</td><td colspan="11">□身份證正反面影本
□身份證明文件（低收入卡或核准領取中低收入老人生活津貼公文影本）
□診治計畫書
□其他必要文件</td></tr>
<tr><td>切結書</td><td colspan="12">本人　　茲申請中低收入老人補助裝置假牙，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3年內領有相同補助，上述所填各項資料及所附文件均完全屬實；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，並返還已支付之補助經費，特且切結。
（如為代理申請，代理人應將表內事項詳細告知申請人）
此致
新竹縣政府

申請人（或代理人）簽章：＿＿＿＿＿＿
申請月期：　年　月　日</td></tr>
<tr><td>受理公所</td><td colspan="12">承辦人：　　課長：　　鄉（鎮、市）長：</td></tr>
</table>