新北市政府辦理中、低收入原住民老人補助裝置假牙申請表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  請  人  基  本  資  料 | | 姓名 | | |  | | | | 性別 | □男  □女 | | 族別 | | | |  | | | 出生  年月日 | | 年　　月　 日 |
| 身分證  字號 | | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | 聯絡  電話 | | |  | |
| 戶籍地址 | | | 新北市　　　　　區 里 鄰 路(街)  段 巷 弄 號 樓 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通訊地址 | | | □同上 □另列如右： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請補助金額 | | |  | | | | | | | | 篩檢醫療  院所名稱 | | | | |  | | | |
| 福利身分 | | | | □低收入戶 □領有中低收入老人生活津貼 □經政府全額補助收容安置  □領有身心障礙生活補助者 □經本府補助托育養護費50%以上老人  □中低收戶(原民局核定) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請  補助  應備文件 | □申請表  □中、低收入戶證明或中低收入核定公文影本  □註記原住民身分之戶籍謄本影本  □醫療院所出具之裝置假牙診治計畫書  □醫療院所出具假牙製置費用估價明細  □顯示缺牙位置、正面全臉之假牙裝置前照片  □診斷書 | | | | | | | | | | | | 請款應備文件 | | □新北市政府原民局核定公文影本  □就診製作假牙費用清單  □領款收據及醫療收據（如申請人尚未繳費，則醫療費用收據免附）  □正面全臉之假牙裝置後照片  □指定匯款金融單位存摺影本 | | | | | | |
| 切  結  書 | | 本人 茲申請中、低收入原住民老人補助裝置假牙，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  新北市政府原住民族行政局  申請人簽章： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請  日期 | | | 中華民國 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |