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 |