切 結 書

本人＿＿＿＿＿＿＿＿未符合衛生福利部「中低收入老人補助裝置假牙實施計畫」申請資格，並已充分了解臺南市各項「補助原住民長者裝置假牙計畫」及申請補助對象資格、補助項目、補助金額等相關規定，且於114年度同一顎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。因個人因素，自願放棄申請臺南市提供之其他假牙計畫補助，選擇申請「臺南市政府114年度辦理原住民族長者裝置假牙執行計畫」，若有任何糾葛，均由本人自負全責。

此致　臺南市政府

立切結書人：（簽名及蓋章）

身分證字號：

戶籍地址：

中　華　民　國　　年　　月　　日