

## 自費同意書

本人\_\_\_\_\_申請「臺南市政府 113 年度辦理原住民族長者裝置假牙執行計畫」，已充分了解申請補助對象資格、補助項目、補助金額等相關規定，因病情需求，本人或家屬經牙醫師\_\_\_\_\_詳細說明後，已確實瞭解所提供之醫療費用超出申請計畫補助金額，自願負擔補助之額外費用（醫療項目及費用如背面列表），共計新臺幣\_\_\_\_\_元。

此致 臺南市政府

立同意書人：(簽名及蓋章)

與病人關係：

身分證字號：

聯絡電話：

戶籍地址：

中 華 民 國                      年                      月                      日