臺南市政府社會局中低收入老人補助裝置假牙申請表

申請人基本資料	姓 名						性別		□男 □女 □其他		出生年月日	年　月　日	
	身分證字號										連絡電話		
	戶籍地址	市　區　里　鄰　路（街） 段　巷　弄　號　樓											
	通訊地址	□ 同上 □ 另列如下											
	家屬	關係		姓名							連絡電話		
	身分類別	**設籍本市年滿 65 歲以上或年滿 55 歲以上原住民** □低收入戶 、中低收入戶　□經本府全額補助收容安置 □ 領有中低收入老人生活津貼　□領有身心障礙者生活補助費 □ 經本府補助身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用達 50%以上。												
	應備文件	□ 身分證正反面影本 □ 身分類別證明文件(公所開立)											

切結書

本人　　茲申請中低收入老人助裝置假牙，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 5 年內領有相同補助**，上述所填各項資料及附文件均完全屬實;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，並返還本局已支付之補助經費；另除傷病、死亡等因素致無法繼續完成裝置活動假牙者，其假牙製作材料費用自行負擔，特此切結。

申訴電話：臺南市社會局(松柏育樂中心)　06-2156974#20 曾竹吟小姐

台南市牙醫師公會　06-3122908、06-3120106 黃靜芬小姐

此致

臺南市政府社會局

申請人（或代理人）簽章：＿＿＿＿＿＿＿＿