

新北市政府辦理原住民老人補助裝置假牙申請表

申請人基本資料	姓名		族別	
	身分證字號		連絡電話	
	通訊地址			
	申請補助金額		篩檢醫療院所名稱	
福利身分		<input type="checkbox"/> 低收入戶	<input type="checkbox"/> 中低收入戶	<input type="checkbox"/> 無(由原民局核定)
申請補助應備文件	<input type="checkbox"/> 新北市政府辦理原住民老人補助裝置假牙申請表 <input type="checkbox"/> 醫療院所出具之裝置假牙診治計畫書 <input type="checkbox"/> 醫療院所出具假牙製置費用估價明細 <input type="checkbox"/> 顯示缺牙位置、正面全臉之假牙裝置前照片(4張) <input type="checkbox"/> 診斷證明書 <input type="checkbox"/> 註記原住民身分之戶籍謄本影本(免附，由本府原民局代為查調) <input type="checkbox"/> 中、低收入戶證明或中低收入核定公文影本(免附，由本府原民局代為查調)		請款應備文件	<input type="checkbox"/> 本府原民局核定公文影本(免附，由本府原民局代為查調) <input type="checkbox"/> 就診製作假牙費用清單 <input type="checkbox"/> 醫療收據(並附千分之四印花稅) <input type="checkbox"/> 領款收據(如申請人未繳費，檢附切結書) <input type="checkbox"/> 正面全臉之假牙裝置後照片(4張) <input type="checkbox"/> 指定匯款金融單位存摺影本
切結書	本人_____茲申請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2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 <div style="text-align: right;">申請人簽章：_____</div>			
申請日期	中 華 民 國 年 月 日			