

附表1

**臺中市政府原住民族委員會辦理
補助55歲以上原住民裝置假牙執行計畫假牙申請表**

收件日期： 年 月 日

申請人基本資料	姓名	性別	出生日期	年	月	日
		身分證字號			族別	
	電話		手機			
	戶籍地址					
	居住地址	<input type="checkbox"/> 同上。				

填報診所	
-------------	--

應備文件 (請自行勾選)	<input type="checkbox"/> 依經濟弱勢資格申請 一、 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 身心障礙，證明文件。 二、「本人」、「配偶」及「同一戶籍二等親」最近年度「財產清單及綜合所得稅清單」。 <input type="checkbox"/> 自願依非經濟弱勢資格申請，免附資料。(如已具低收、中低收、身心障礙身份，不得申請此項)。
-------------------------	--

本人_____茲申請「補助原住民族長者裝置假牙實施計畫」，已充分了解並符合本計畫申請補助對象資格規定，且於年度同一類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，並同意由牙科醫院(診所)代為申請補助款做為裝置(維修)假牙費用。

本人上述所填各項資料均完全屬實，並同意提供貴府查詢確認本人身分使用；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 臺中市政府原住民族事務委員會

申請人(代理人)簽章：_____ 申請日期： 年 月 日

以上資料填寫完竣後，請傳真或郵寄至臺中市政府原住民族事務委員會。
 傳真：04-2512-2573，傳真後請來電確認(洽詢：04-22289111轉50039陳小姐或50118黃小姐)。
 郵寄地址：臺中市豐原區圓環南路70號，臺中市政府原住民族事務委員會(請註明「申請裝置假牙補助」)