

附表2 - 非經濟弱勢戶

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		填報診所		
	戶籍地址					
	居住地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 另列如右：				
	填報診所					

本人_____茲申請「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，且未申請其他政府機關所辦假牙計畫之補助，又5年內獲本計畫補助未逾新臺幣4萬元整，且同一顎或同一牙位5年內未取得相同補助項目，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，相關個人資料亦同意提供予原住民族委員會「補助原住民族長者裝置假牙審核系統」使用作為施政統計參據。

本人上述所填各項資料均完全屬實，並同意提供貴會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)簽名或蓋章：

申請日期： 年 月 日

以上資料填寫完竣後，請傳真或寄送申請表至臺中市政府原住民族事務委員會。

傳真:04-2512-2573，傳真後請來電詢問(洽詢:04-22289111轉50039陳小姐)。

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」)