

表1

新北市政府原住民族行政局辦理原住民長者補助裝置假牙申請表

(每人每月平均所得未超過最低生活費2倍者)

收件日期： 年 月 日

申請人基本資料	姓名		性別		族別	
	身分證 統一編號		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"/> 新北市政府原民局辦理原住民長者補助裝置假牙申請表。 <input type="checkbox"/> 牙科醫療院所出具之裝置假牙診治計畫書(一)。 <input type="checkbox"/> 註記原住民身分之全戶戶籍謄本及戶籍內成員所得證明或低收、中低收入戶證明。					
切結書	<p>本人(申請人)_____茲申請新北市政府辦理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類別資格規定，且未於2年內領有相同補助，或其他政府機關所辦假牙計畫之補助。</p> <p>本人上述所填各項資料均完全屬實，並同意提供新北市政府原民局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。</p> <p>(如為代理申請，代理人應將表內事項詳細告知申請人)</p> <p>此致</p> <p>新北市政府原民局</p> <p style="text-align: right;">申請人(代理人)簽章：_____</p> <p style="text-align: right;">申 請 日 期： 年 月 日</p>					