

附件六

新北市政府原民局辦理原住民長者裝置假牙印領清冊

編號	申請者姓名	出生日期	身分證 統一編號	電話	地址	補助樣態 (依編號填寫)	核定經費	核定文號
合計							新臺幣	元

院所名稱： (簽章)

負責人： (簽章)

院所統一編號：

地址：

電話：

匯款銀行：

匯款帳戶：

匯款帳號：