

年度	梯次 編號	
----	----------	--

彰化縣補助 65 歲以上老人裝置全口假牙-申請表

申請人基本資料	身分證 正面影本 黏貼處	身分證 反面影本 黏貼處
	聯絡電話	() 手機：
	戶籍地址	□□□□□ 縣 市/鄉/鎮 村(里) 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓
	聯絡地址	□□□□□ 縣 市/鄉/鎮 村(里) 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓
醫療院所名稱		申請金額 (由 醫 療 院 所 填 寫)
		核定金額 (由 委 託 審 查 單 位 填 寫)
應備文件	1. <input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 (請黏貼於本申請表) 2. <input type="checkbox"/> 診治計畫書 3. <input type="checkbox"/> 口腔篩檢表	
切結書	本人_____ 茲申請「彰化縣補助 65 歲以上老人裝置全口假牙」，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；如經查證若有虛報不實經查明屬實，除無條件繳回所領取之補助金額外，並願負一切法律責任。(如為代理申請，代理人應將表內事項詳細告知申請人)。 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> <input style="width: 80px; height: 30px;" type="text"/> </div> 申請人(或代理人)簽名或蓋章： _____	
	身分證字號： _____ 申請日期： _____年____月____日 若經核定符合資格時，彰化縣政府及公所依個人資料保護法第 15 條所蒐集之個人資料除用於蒐集之相關業務外，若於符合增進公共利益或有益於當事人權益下，本人願意提供個人資料予個人、慈善團體等，作為福利服務使用(如為代理申請，代理人應將表內事項詳細告知申請人)。 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 此致 <p style="text-align: center;">彰化縣政府</p>	