

核定梯次編號

彰化縣政府辦理低收入戶及中低收入老人裝置假牙補助申請表

| | | | | |
|----------|--|---|-----------------|-----------------------|
| 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 | |
| | 姓名 | | 出生 | 民國(前) 年 月 日 |
| | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 聯絡電話 | () 手機: |
| | 戶籍地址 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣 市/鄉/鎮 村(里) 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓 | | |
| 申請人身分別資格 | 設籍本縣年滿六十五歲以上或年滿五十五歲以上原住民，並符合下列條件之一者： <input type="checkbox"/> 1. 列冊低收入戶、列冊中低收入戶 <input type="checkbox"/> 2. 領有中低收入老人生活津貼 <input type="checkbox"/> 3. 領有身心障礙者生活補助費 <input type="checkbox"/> 4. 經本府全額補助收容安置 <input type="checkbox"/> 5. 經本府補助身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用達百分之五十以上 | | | |
| 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 4. <input type="checkbox"/> 已透過跨機關整合系統比對符合申請資格 (不需附文件) 5. <input type="checkbox"/> 其它相關資格文件 | | | |
| 切結書 | 本人..... 茲申請「彰化縣政府辦理低收入戶及中低收入老人裝置假牙補助」，本人已充分了解並符合本計畫申請補助對象資格規定，且未於3年內領有相同補助，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；另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，作為發放慰問金、物資等福利服務使用 (如為代理申請，代理人應將表內事項詳細告知申請人)。 此致 彰化縣政府 申請人(或代理人)簽名或蓋章：..... 身分證字號：..... | | | |
| | | | 申請日期： | 年 月 日 |

公所章戳

