

年度	核定梯次	<input type="checkbox"/> 中老	<input type="checkbox"/> 身補	編號
		<input type="checkbox"/> 低收	<input type="checkbox"/> 身托養 50%	
		<input type="checkbox"/> 公費		

### 彰化縣政府辦理低收入戶及中低收入老人裝置活動假牙補助申請表

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	身分證字號	
	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	
申請人身分別資格		<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶經縣府公費安置 <input type="checkbox"/> 領有中低收入老人生活津貼 <input type="checkbox"/> 領有身心障礙者生活補助費 <input type="checkbox"/> 經本府補助身心障礙者托育費或養護費達百分之五十以上					
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"/> 低收入戶老人證明書 <input type="checkbox"/> 中低收入戶老人證明書 <input type="checkbox"/> 領有身心障礙者生活補助費老人證明書 <input type="checkbox"/> 經本府補助身心障礙者托育費或養護費達百分之五十以上之證明書 3. <input type="checkbox"/> 診治計畫書 4. <input type="checkbox"/> 口腔篩檢表					<div style="border: 1px dashed black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">                 公所章戳             </div>	
切結書	本人..... (身分證字號：.....) 茲申請彰化縣政府辦理低收入戶及中低收入老人裝置活動假牙補助，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。(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：.....						
			章	申請日期：__年__月__日			