

原住民族委員會補助原住民族長者裝置假牙申請表
新北市政府原住民族行政局補助原住民族長者裝置假牙申請表

收件日期： 年 月 日

申請人 基本資料	姓名	性 別	出生 日期	年 月 日	
		身分證 字號	族別		
電 話			手 機		
戶 稷 地 址					
居 住 地 址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 另列如右：				
身 分 別	<input type="checkbox"/> 一般戶	<input type="checkbox"/> 低收入戶	<input type="checkbox"/> 中低收入戶	<input type="checkbox"/> 未超過最低生活費 2 倍者	

本人 茲申請「原住民族長者裝置假牙實施計畫」，已充分了解並符合本計畫申請補助對象資格規定。

一、申請原民會補助者：本人未申請其他政府機關所辦假牙計畫之補助，又 5 年內獲本計畫補助未逾新臺幣 4 萬元整，且同一頸或同一牙位 5 年內未取得相同補助項目。

二、申請本局補助者：本人符合中、低受戶或家庭總收入按全家人口平均分配，每人每月未超過本市最低生活費 2 倍資格，每年最高補助金額為 4 萬 4,000 元，且於 115 年度同一頸未曾取得相同補助項目或其他政府機關所辦假牙計畫之補助(如否則協助轉為一般戶補助)。

本人同意由牙科醫院(診所)代為申請補助款做為裝置(維修)假牙費用，相關個人資料亦同意提供予原住民族委員會「補助原住民族長者裝置假牙審核系統」使用作為施政統計參據。

本人上述所填各項資料均完全屬實，並同意提供貴府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。

(如為代理申請，代理人應將表內事項詳細告知申請人)

此致 新北市政府原住民族行政局

申請人(代理人)簽名或蓋章：

申請日期： 年 月 日