**原住民族委員會補助原住民族長者裝置假牙印領清冊**

附表4-2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **編號** | **申請者姓名** | **出生日期** | **身分證字號** | **電話** | **地址** | **補助態樣** | **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：