

桃園市政府衛生局
65 歲以上長者暨 55 歲以上原住民裝置活動假牙補助申請表

申請人基本資料	姓名		性別	☐ 男 ☐ 女	出生年月日	年 月 日
	身分證統一編號		手機		連絡電話	
	戶籍地址	桃園市_____區_____里_____鄰 _____路(街)_____段_____巷_____弄_____號_____樓				
	通訊地址	☐ 同戶籍地址 ☐ 另列如右：_____				
	身分別	☐ 設籍桃園市年滿 65 歲以上長者，設籍 1 年以上，且實施期間仍設籍桃園市。 ☐ 設籍桃園市年滿 55 歲以上原住民，設籍 1 年以上，且實施期間仍設籍桃園市。 符合下列任一項，請逕向桃園市政府社會局申請「中低收入老人裝置活動假牙補助計畫」 ☐ 列冊低收入戶、中低收入戶 ☐ 領有中低收入老人生活津貼 ☐ 經各級政府全額補助收容安置 ☐ 領有身心障礙者生活補助費 ☐ 經各級政府補助身心障礙者托育費或養護費達百分之五十以上				
應備文件		☐ 身分證正反面影本 ☐ 戶口名簿影本或戶籍謄本 ☐ 印章				
身分證正面影本黏貼處			身分證反面影本黏貼處			

切結書	本人_____茲申請桃園市政府衛生局 65 歲以上長者暨 55 歲以上原住民補助裝置活動假牙，已充分了解並符合本計畫申請補助對象資格規定(請勾選)： ☐ 未曾領有本計畫之補助 ☐ 未有適用之活動假牙 ☐ 未領有「桃園市政府社會局中低收入戶老人裝置活動假牙補助」 ☐ 本人同意將個資等資訊提供桃園市政府做公務用途使用，惟須採取安全妥適之保護措施與銷毀程序，非經本人同意或法律規定，不得揭露於第三者或散佈。 本人同意將補助款項直接撥付合約醫療院所，上述所填各項資料及所附文件均完全屬實；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 桃園市政府衛生局 申請人(或代理人)簽章：_____ 申請日期：_____年_____月_____日		
	代理人基本資料	姓名：_____ 身分證統一編號：_____ 電話(或手機)：_____ 與申請人關係：_____ 通訊地址：_____	
受理合約醫療院所：_____			
衛生局審核(以下欄位由衛生局填列，勿寫) 查核日期：_____年_____月_____日			
查核內容	查核結果(符合打✓)	查核人員	備註
1. 申請文件齊全			
2. 身分資格符合補助對象			
3. 非社政補助對象			

承辦人員： 覆核： 科長：