金門縣65歲以上老人假牙補助申請表

申請人基本資料	姓　名	李小明	性別	■男 □女	出生年月日	民前 民國　35年2月2日
	身分證字號	W100000000	戶籍地址	金沙鎮汶沙里1鄰成功路1號		
	身份別	□低收入戶□中低收入戶■一般戶	電話	082-3500000		
	假牙補助項目	活動假牙	■上、下兩顎全口假牙 □單顎半口假牙（□上,□下） □單顎部份_____齒（□上,□下）	申請補助金額	新台幣貳萬元整	
		固定假牙	□上顎_____齒 □下顎_____齒			
切結書	立切結書人李小明 茲申請金門縣老人假牙補助，本人已充分了解並符合本計畫申請補助對象資格規定，且三年內同一顎未重複申請補助，保證上述所填各項資料及所附文件均為真實，並知悉提供不實資料及違反相關法令之後果；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。(如為代申請，代申請人亦已將表內事項詳告申請人)　　此致 金門縣政府 申請人簽章：_李小明_　代申請人簽章：____________申請日期：_101_年_2月_15_日					
應備文件	自我檢查(已附者請打勾) □1.最近三個月內戶籍謄本 □2.低收入戶或中低收入戶老人證明書(無則免附) □3.金門縣牙醫師公會認證之特約牙醫診所之就診診治計畫書 □4.安置於台省機構之長者，檢具機構開立之入住機構證明及機構所在地之直轄市或縣（市）之健保特約醫療院所開立之就診診治計畫書。					
鄉鎮公所審核結果	□符合規定，同意呈轉。 □不符合規定，函復知悉。					

承辦人：　　　　　　社會課課長：　　　　　　鄉鎮長：