

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		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	<input type="checkbox"/> 民前 <input type="checkbox"/> 民國	年	月	日	
	身分證字號		戶籍地址	鄉(鎮) 村(里) 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓						
	身份別	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 一般戶				電話				
	假牙補助項目	<input type="checkbox"/> 全口(上、下兩顎) <input type="checkbox"/> 上顎全口 <input type="checkbox"/> 下顎全口 活動假牙 <input type="checkbox"/> 右上顎部份第 - - - 齒 <input type="checkbox"/> 左上顎部份第 - - - 齒 <input type="checkbox"/> 右下顎部份第 - - - 齒 <input type="checkbox"/> 左下顎部份第 - - - 齒 計：___齒 固定假牙 <input type="checkbox"/> 右上顎部份第 - - - 齒 <input type="checkbox"/> 左上顎部份第 - - - 齒 <input type="checkbox"/> 右下顎部份第 - - - 齒 <input type="checkbox"/> 左下顎部份第 - - - 齒 計：___齒				申請補助金額	新台幣 萬 仟 佰 拾 元 整			
切結書	立切結書人 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，且三年內同一顎同一顆未重複申請補助，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：_____代申請人簽章：_____申請日期：__年__月__日									
應備文件	自我檢查(已附者請打勾) <input type="checkbox"/> 1. 最近三個月內戶籍謄本 <input type="checkbox"/> 2. 低收入戶或中低收入戶老人證明書(無則免附) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 4. 台灣地區醫院評鑑優等之醫學中心、評鑑合格與優等之區域級與地區級醫院之就診診治計畫書									
鄉鎮公所審核結果	<input type="checkbox"/> 符合規定，同意呈轉。 <input type="checkbox"/> 不符合規定，函復知悉。									

承辦人： _____ 社會課課長： _____ 鄉鎮長： _____

金門縣 65 歲以上老人假牙補助計畫 診 治 計 畫 書

診所/醫院名稱：_____ 負責醫師姓名：_____

診所/醫院代碼：_____ 電話：_____ 傳 真：_____

診所/醫院地址：_____

姓 名	出 生 日 期	性 別	身 分 證 字 號	身 份 別
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶
地 址				電話：()

診 治 / 計 畫 內 容

診 治 項 目	活 動 假 牙	<input type="checkbox"/> 全口(上、下兩顎) <input type="checkbox"/> 上顎全口 <input type="checkbox"/> 下顎全口 <input type="checkbox"/> 右上顎部份第 - - - 齒 <input type="checkbox"/> 左上顎部份第 - - - 齒 <input type="checkbox"/> 右下顎部份第 - - - 齒 <input type="checkbox"/> 左下顎部份第 - - - 齒 計：__齒	
	固 定 假 牙	<input type="checkbox"/> 右上顎部份第 - - - 齒 <input type="checkbox"/> 左上顎部份第 - - - 齒 <input type="checkbox"/> 右下顎部份第 - - - 齒 <input type="checkbox"/> 左下顎部份第 - - - 齒 計：__齒	

預 計 診 治 步 驟 詳 細 說 明

預估經費	新台幣：	預定完 成日期	年 月 日
診治醫師 簽 章			

※註：1. 請自行影印本空白表格使用。2. 以上各項簽名如有不實願負法律責任。