

**臺北市政府原住民族事務委員會**  
**原住民裝置假牙補助計畫申請表**

<b>申請人基本資料</b>	姓名				出生年 月日	年	月	日
	身分證 統一編號		族 別		連絡 電話	家用： 手機：		
	戶籍地址	臺北市_____區_____路(街)_____段_____巷_____弄 號_____樓之						
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> 另列如右：						
	身分別	<input type="checkbox"/> 設籍並實際居住本市年滿55歲以上原住民，且經「醫師評估有嚴重影響咀嚼功能需製作假牙贖復者或植入人工牙根植體者」。 ※另本市60歲以上低收入戶或65歲以上中低收入戶請逕向社會局申請，不得與本計畫併領。						
<b>申請須知</b>	<p>首次申請者，將第1次申請應備文件送至會內，經審結果將另函通知；另符合資格者於2個月內進行治療，待診治療程結束後1個月內，將第2次申請應備齊收據(貼印花)正本等文件送至會內辦理核銷。</p>							
	<input type="checkbox"/> 第1次申請應備文件(資格審查)	<input type="checkbox"/> 本表(申請表) <input type="checkbox"/> 戶籍資料 <input type="checkbox"/> 診治計畫書 <input type="checkbox"/> 臺北市合法立案之醫療院所之相關立案證明資料影本						
	<input type="checkbox"/> 第2次申請應備文件(核撥經費)	<input type="checkbox"/> 本表(申請表) <input type="checkbox"/> 本會核定函影本 <input type="checkbox"/> 本市合法立案之醫療院所之 <u>正本收據</u> <input type="checkbox"/> 申請人存簿封面影本						

<p style="text-align: center;">切 結 書</p>	<p>本人_____茲申請臺北市政府原住民族事務委員會原住民裝置假牙補助計畫，並已充分了解並符合本計畫申請補助對象資格規定。</p> <p>本人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。</p> <p>(如為代理申請，代理人應將表內事項詳細告知申請人)</p> <p>此致</p> <p>臺北市政府原住民族事務委員會</p> <p style="text-align: right;">申請人(或代理人)簽章：</p> <p style="text-align: right;">申請日期：_____年_____月_____日</p>
<p style="text-align: center;">代理人 基本資 料</p>	<p>姓名：</p> <p>身分證統一編號：</p> <p>電話：</p> <p>手機：</p> <p>與申請人關係：</p> <p>通訊地址：_____市_____區_____路(街)_____段</p> <p>巷_____弄_____號_____樓之</p>
<p>臺北市合法立案之醫療院所(全名)：</p>	

※本(申請表)表請申請人或符合資格者確實填寫，並備齊應檢附之資料後，再送至本會，俾利依規定辦理。