

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

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		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	☐ 同戶籍地址 ☐ 另列如右：				
	身分別	☐ 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履復者」。 ※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。				
申請須知	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 1 個月內進行治療，待診治療程結束後 7 日內，將第 2 次申請應備齊文件送至會內辦理核銷。					
	☐ 第 1 次申請 應備文件 (資格審查)	☐ 本表(申請表) ☐ 身分證正反面影本 ☐ 戶籍資料 ☐ 診治計畫書 ☐ 本市合法立案之醫療院所之相關立案證明資料影本				
	☐ 第 2 次申請 應備文件 (核撥經費)	☐ 本表(申請表) ☐ 本會核定函影本 ☐ 本市合法立案之醫療院所之正本收據 ☐ 本計畫附件四之印領清單				
身分證正面影本黏貼處 (如為第 2 次申請者免黏貼)			身分證反面影本黏貼處 (如為第 2 次申請者免黏貼)			

切 結 書	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。 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。 （如為代理申請，代理人應將表內事項詳細告知申請人） 此致 臺北市政府原住民族事務委員會 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：_____ 手機：_____ 與申請人關係：_____ 通訊地址：_____市_____區_____路(街)_____段_____巷_____弄_____號_____樓之_____		
本市合法立案之醫療院所(全名)：			
本會 審查結果	☐ 通過		
	☐ 不通過，理由：		
本會核章	承辦人：	單位主管：	機關首長：

※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。

※符合資格者需於1個月內始於治療或待診療程序完成後7日內，進行第2次申請應備文件並送至本會。