

羅東鎮城市照護—老人口腔保健補助申請書

申請日期： 年 月 日

申請人姓名	身分證字號	申請人資格	☐ 65 歲以上 ☐ 設籍滿一年以上 ☐ 其他：
	出生日期		
通訊地址：		聯絡電話	
檢附證明文件	☐ 身分證及戶口名簿影本(兩項都要) ☐ 印章 ☐ 存摺封面影本 ☐ 特約牙醫診所建議書(粉紅色) ☐ 完成證明書(白色) ☐ 其他：		
補助項目	全口活動假牙： ☐ 上顎活動假牙 ☐ 下顎活動假牙 ☐ 固定假牙_____顆 ☐ 植牙_____顆	申請金額	
		補助金額	
※請注意背面尚有切結書 ※請確認資料是否填寫完整		☐ 金融機構名稱： ☐ 金融機構代碼： ☐ 局號： ☐ 帳號：	

切結書

本人 _____ 申請 114 年度老人口腔假牙照護補助。

保證遵守並符合以下規定：

- 一、 當年度已申請假牙補助，當年度不得再重覆申請(含至其他特約醫院、診所)
- 二、 已申請補助假牙部份，終生不得再申請補助(含至其他特約醫院、診所)
- 三、 已申請宜蘭縣政府全口假牙補助者，終生不得再申請補助(含至其他特約醫院、診所)
- 四、 當年度已申請宜蘭縣政府中低收入老人假牙補助計畫者，不得再申請補助(含至其他特約醫院、診所)

若有違反上述情形經查明者，同意繳回補助款項，並負擔一切法律責任，特立此切結書為證。

此致

羅東鎮公所

切結人簽名或蓋章：

身分證字號：

地 址：

電 話：

中華民國

年

月

日

黏貼線

請於此浮貼申請人應裝置義齒建議書（粉色）

黏貼線

請於此浮貼申請人義齒裝置完成書（白色）

黏貼線

請於此浮貼申請人金融存摺封面影本

黏貼線

請於此浮貼申請人身分證正反面影本

正面

反面