|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **原住民族委員會補助原住民族長者裝置假牙申請表**  附表5  收件日期： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| **【第二類】**  **申 請 人 基 本 資 料** | 姓名 |  | 性 別 |  | | 出生  日期 | 年 月 日 | | |
| 身分證字號 | |  | | | 族別 |  |
| 電 話 |  | | 手 機 | |  | | | |
| 戶籍地址 |  | | | | | | | |
| 居住地址 | □同上 □另列如右： | | | | | | | |
| **應備文件** | □領據  □牙科醫院(診所)開立之診斷證明  □病歷表 | | | | | | | | |
| 本人 茲申請「補助原住民族長者裝置假牙實施計畫」，已充分了解並符合本計畫申請補助對象資格規定，且於109年度同一顎未曾取得相同補助項目或其他政府機關所辦假牙計畫之補助。  本人上述所填各項資料均完全屬實，並同意提供貴府查詢確認本人身分使用；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 高雄市政府原住民事務委員會  申請人(代理人)簽章：  申請日期： 年 月 日 | | | | | | | | | |

**領款收據**

附表6

茲收到高雄市政府原住民事務委員會撥付補助原住民族長者裝置假牙費用，補助態樣如下：

|  |  |
| --- | --- |
| □ | 上、下顎全口活動假牙 |
| □ | 上顎全口活動假牙 |
| □ | 下顎全口活動假牙 |
| □ | 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙 |
| □ | 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙 |
| □ | 上、下顎部分活動假牙 |
| □ | 上顎部分活動假牙 |
| □ | 下顎部分活動假牙 |
| □ | 固定式假牙\_\_\_\_\_\_顆(指牙冠或牙橋) |
| □ | 假牙維修費﹕ |
|  | □假牙破裂維修費/單顎 □假牙添加費/單顆  □假牙線(環)勾/個 □假牙硬式襯底/座 |

**裝置費用及維修費用，計新臺幣 萬 仟 佰 拾 元 整**，實屬無訛。

此致

高雄市政府原住民事務委員會

具領人(簽章)：

戶籍地址：

身分證字號：

匯款銀行：

匯款帳戶：

匯款帳號：

中華民國年月日

**原住民族長者裝置假牙申請流程**

附表8

**權責單位**

**作業期限**

**作業流程**

服務對象第二類請於完成裝置假牙後，檢具以下資料送戶籍地直轄市及縣(市)政府：

1. 申請書
2. 領據
3. 牙科醫院(診所)開立之診斷證明
4. 病歷表

**地方政府**

**符合**

**10日**

直轄市及縣(市)政府撥款予申請者。

**受理民眾申請案至通知審核結果之期間，不得超過日曆天14日**

**地方政府**

**由直轄市及縣(市)政府辦理審查作業。**

不符合

發文退件

通知補正

須補正