

## 原住民族長者裝置假牙申請流程 (適用 109 年 4 月 29 日前已完成裝置假牙者)

權責單位	作業流程
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>服務對象第二類請於完成裝置假牙後，檢具以下資料送本府縣民服務中心(臺東市博愛路 275 號)：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 申請書</li> <li>2. 領據</li> <li>3. 牙科醫院(診所)開立之診斷證明(正本)</li> <li>4. 病歷表</li> <li>5. 戶籍謄本</li> <li>6. 匯款帳戶影本</li> </ol> </div>	<pre> graph TD     A[由本府辦理審查作業。] -- 不符合 --&gt; B[發文退件]     A -- 須補正 --&gt; C[通知補正]     A -- 符合 --&gt; D[本府撥款予申請者。]     </pre>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>地方政府</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>本府撥款予申請者。</p> </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>地方政府</p> </div>	

## 原住民族委員會補助原住民族長者裝置假牙申請表

收件日期： 年 月 日

申請人基本資料 <b>【第二類】</b>	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	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 另列如右：				
應備文件	<input type="checkbox"/> 領據 <input type="checkbox"/> 牙科醫院(診所)開立之診斷證明 <input type="checkbox"/> 病歷表 <input type="checkbox"/> 戶籍謄本 <input type="checkbox"/> 匯款帳戶影本					

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 **109 年度** 同一類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 臺東縣政府

申請人(代理人)簽章：\_\_\_\_\_

申請日期： 年 月 日

## 領款收據

茲收到 臺東縣政府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

臺東縣政府

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