

宜蘭縣中低收入老人補助裝置假牙補助資格證明書  
 \_\_\_\_\_市(鎮、鄉)公所

姓名	
身分證字號	
出生年月日	年 月 日 _____歲(依申請日計)
地址	市 鎮 里 鄰 路/街 段 巷 弄 號 樓 之 鄉
聯絡方式	住宅電話： 手機電話：
服務對象及資格限制	<input type="checkbox"/> 年滿65歲(原住民55歲)以上，經醫師評估缺牙需裝置活動假牙，並符合下列條件之一者： <input type="checkbox"/> 列冊低收入戶。 <input type="checkbox"/> 中低收入戶。 <input type="checkbox"/> 領有中低收入老人生活津貼。 <input type="checkbox"/> 領有身心障礙者生活補助費。 <input type="checkbox"/> 經各級政府全額補助收容安置。 <input type="checkbox"/> 經各級政府補助身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用達百分之五十以上。  <input type="checkbox"/> 年滿55歲至64歲身心障礙者，經醫師評估缺牙需裝置活動假牙，並符合下列條件之一者： <input type="checkbox"/> 列冊低收入戶。 <input type="checkbox"/> 中低收入戶。 <input type="checkbox"/> 領有身心障礙者生活補助費。 <input type="checkbox"/> 經各級政府全額補助收容安置。 <input type="checkbox"/> 經各級政府補助身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用達百分之五十以上。
本證明書有效期限	自 年 月 日起至 年 月 日止。
機關用印	

中 華 民 國 年 月 日