

臺南市政府衛生局 65 歲以上長者與 55 歲以上原住民

免費裝置全口活動假牙計畫申請審議資料表

申請時間	_____年____月____日	申請人姓名	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 非本人	
申訴 案件 資料	申訴人姓名		非本人請填寫以下資料	
	連絡電話		與申訴人關係	
	身分證字號		連絡電話	
	出生年月日		聯絡地址	
申訴院所名稱		所在地區		
申訴內容陳述	<input type="checkbox"/> 咀嚼困難： <input type="checkbox"/> 疼痛： <input type="checkbox"/> 說話發音不清： <input type="checkbox"/> 易脫落鬆動(<input type="checkbox"/> 全口 <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎)： <input type="checkbox"/> 外觀： 其他補充：			
檢附資料				
具體訴求 (請詳細敘明)				
受理人員				

備註：本申請案可委託申請，唯審議會需本人出席以利審議作業。