

花蓮縣萬榮鄉公所福利身分別證明書

申請人姓名		身分證字號	
		出生年月日	年 月 日
戶籍地址			
福利身分別	☐ 年滿65歲以上 <u>或年滿55歲以上原住民</u> ，且為列冊低收入戶 ☐ 年滿65歲以上 <u>或年滿55歲以上原住民</u> ，且為列冊中低收入戶 ☐ 年滿65歲以上 <u>或年滿55歲以上原住民</u> ，領有中低收入老人生活津貼（ ☐ 1.5倍 ☐ 2.5倍） ☐ 年滿65歲以上 <u>或年滿55歲以上原住民</u> ，領有身心障礙者生活補助 ☐ 年滿65歲，經政府全額補助收容安置 ☐ 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		
有效期限	有效期間自 年 月起至 年 月止，逾期無效。		
申請事由	申請花蓮縣政府中低收入老人裝置假牙補助。		
備註	是否為原住民身分： ☐ 是 ☐ 否（務必要填）		

機關印信

機關首長簽名章

中 華 民 國 年 月 日