

附件一

## 新北市身心障礙口腔照護補助-切結書

本人\_\_\_\_\_ (申請人)於\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日，接受  
\_\_\_\_\_ (院所名稱)依新北市政府衛生局身心障礙  
口腔照護補助計畫提供服務，經該院所詳細說明並充分瞭解  
後，依據本補助項目及費用一覽表(附表一、二)，申請補助金  
額共計新臺幣\_\_\_\_\_元整，另補助活動假牙項目完成日  
起享有1年內之免費調整服務。有關本補助所填各項資料及所  
附文件均完全屬實；經查證如有不實者，將不予補助。  
申請人同一年連續取消2次，第3次則不予補助且次年停止申  
請1年(1年之定義為公文核准日起算1年)。

特此切結為憑。

此致 新北市政府衛生局

切結人簽章：

身分證字號：

現居地址：

聯絡電話：

中華民國 年 月 日