

彰化縣補助 65 歲以上老人裝置全口假牙
放棄申請書

本人_____於_____牙醫診所申
請 _____年度老人假牙補助，
因_____，放棄申請老人假牙補助。

申請人姓名：

蓋章：

申請人身分證字號：

申請人出生年月日：

連絡電話：

中 華 民 國 年 月 日