

彰化縣政府辦理低收入戶及中低收入老人裝置假牙補助

協調申請書

本人_____於_____牙醫診所申請
請_____年度低收入戶及中低收入老人裝置假牙補助，
因_____，申請協調。

申請人姓名：

蓋章：

申請人身分證字號：

申請人出生年月日：

中 華 民 國 年 月 日