

困境老人爱心牙申请表

老
人
照
片

编号：_____

一、申请人资料：

1、姓名_____ 性别____ 民族____ 出生日期_____

身份证号码 _____籍贯_____

2、家庭（或所居老人院）地址_____

邮编_____ 联系电话 _____

3、家庭状况（真实且具体）：

4、老人身体状况：（请在方框内勾选）

基本健康 ☐ 患病 ☐ 卧床 ☐

5、老人尚有牙齿数目：

6、老人现在所患疾病：

7、用一句话描述对牙齿的期待：

有了牙，我_____

申请人或监护人签名：

日期：

二、推荐人意见：

签名：

电话：

日期：

三、单位意见（申请人所在村、居委会）：

签名：

（公章）

电话：

日期：