

澎湖縣生育補助申請表

附件

申請人姓名 (父或母)	王大英	出生年月日	XXX.XX.XX	身分證字號	A123*****	蓋章
戶籍地址	七美 市 (鄉) 南港 里 (村) 路(街) 巷 弄 001 鄰 1 號 樓					
胎 別	<input checked="" type="checkbox"/> 單胎 <input type="checkbox"/> 多胞胎		胎 次	第 3 胎		
新生兒姓名	王妹妹	出生年月日	XXX.XX.XX	身分證字號	X223*****	
戶籍地址	<input checked="" type="checkbox"/> 同戶籍地址(免填寫) 市(鄉) 里(村) 路(街) 巷 弄 號 樓					
檢附之相關證明文件均屬實，倘有隱瞞或不實，本人願負法律責任。						
申請人：王大英 (蓋章) 連絡電話：09**-***-***						
申請日期： 年 月 日						
生 育 補 助 領 據						
領款人：王大英 領款人蓋章：						
郵局帳號：XXXXXXXX XXXXXXXX						
領款日期： 年 月 日						
資料審核 (以下由受理單位填寫)						
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 1. 申請人(父或母)應設籍達二年以上者。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 2. 完成新生兒戶籍出生登記為本縣縣民者。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 3. 新生兒出生日起算後三個月內提出申請。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 4. 檢附申請人金融機構存簿封面影本。						
收件日期： 年 月 日						
補助金額：新臺幣 <input type="checkbox"/> 三萬元整 <input type="checkbox"/> 五萬元整 <input type="checkbox"/> 七萬元整 <input type="checkbox"/> 多胞胎：_____						
衛生所 初審意見	<input type="checkbox"/> 符合補助 <input type="checkbox"/> 不符合補助規定(請敘明原因) 原因： 承辦員： 會計： 主任：					
衛生局 複核意見	<input type="checkbox"/> 符合補助 <input type="checkbox"/> 不符合補助規定(請敘明原因) 原因： 承辦員： 科長： 會計： 機關長官：					

※以新生兒出生登記之轄區衛生所為受理申請機關