澎湖縣生育補助申請表

申請人姓名		出生年月日		身分證字號		蓋章
戶籍地址	市（鄉）　里（村）　路（街）　巷　弄　號　樓					
胎　別	□單胎　□多胞胎			胎　次	第＿＿＿胎	
新生兒姓名		出生年月日		身分證字號		
戶籍地址	□ 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：　　（蓋章）　　連絡電話：

申請日期：　　年　　月　　日

生 育 補 助 領 據

領 款 人：　　領款人蓋章：

郵局帳號：

領款日期：　　年　　月　　日

資料審核（以下由受理單位填寫）

□ 是 □否 1.申請人應設籍達二年以上者。

□ 是 □否 2.完成新生兒戶籍出生登記為本縣縣民者。

□ 是 □否 3.新生兒出生日起算後三個月內提出申請。

□ 是 □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 □三萬元整 □五萬元整 □七萬元整 □多胞胎：＿＿＿＿＿

衛生所初審意見	□符合補助 □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	□符合補助 □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