

澎湖縣生育補助申請表

申請人姓名 (父或母)		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	<input type="checkbox"/> 單胎 <input type="checkbox"/> 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	<input 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： (蓋章) 聯絡電話： 申請日期： 年 月 日						
生育補助領據						
領款人： 領款人蓋章： 金融帳號(郵局)： 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(郵局)存簿封面影本。 收件日期： 年 月 日						
補助金額：新台幣 <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 收案日期： 年 月

