澎湖縣生育補助申請表

申請人姓名（父或母）	王 大 明	出生年月日	63.10.10	身分證字號	X123456789	蓋章
戶籍地址	馬公市（鄉） 中興 里（村） 光復 路（街） 8 巷 弄 12 號 樓					
胎　別	■單胎 □多胞胎			胎　次	第 2 胎	
新生兒姓名	王 小 弟	出生年月日	102.07.07	身分證字號	X120000000	
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：王 大 明 （蓋章） 連絡電話：0937000000

申請日期：102 年 7 月 10 日

生 育 補 助 領 據

領 款 人： 領款人蓋章：

金融帳號（郵局）：0000000 xxxxxxx

領款日期： 年 月 日

資料審核（以下由受理單位填寫）

□ 是 □否 1.產婦或其配偶一方設籍達二年以上者。

□ 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（郵局）存簿封面影本。

收件日期： 年 月 日

補助金額：新台幣 □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 收案日期： 年 月 日