

澎湖縣生育補助申請表（修正）

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。						
申請人簽名：		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 ☐ 四萬元整 ☐ 六萬元整 ☐ 八萬元整 ☐ 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