

澎湖縣生育補助申請表

申請人姓名	王大帥	出生年月日	73.10.10	身分證字號	X123456789	蓋章	
戶籍地址	馬公市(鄉) 中興里(村) 中正路(街) 巷 弄 115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	114.05.10	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。 申請人簽 名：王大帥(親簽) 申請人蓋章：  連絡電話：0975000000 申請日期：114 年 6 月 1 日							
生 育 補 助 領 據							
領 款 人：王大帥 領款人蓋章：  郵局帳號：0241006-XXXXXXX 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