附件

(本欄申請人免填) 編號：□□□□□□□□□□ 收件日期： 收件者：

澎湖縣六歲以下幼童參加全民健康保險保險費自負額補助申請表

114.3 修正

※本表補助(六歲以下健保、嬰兒用品補助) 幼童戶籍一經遷出即不再符合補助資格 申請日期： 年 月 日

兒童戶籍地址	鄉/市 村/里	路/街 段 巷 弄 號 樓
戶內有 2 名以上兒童，若分別設籍於不同之鄉(鎮、市、區)，請分別填寫申請表，分開送件		

一、申請人(兒童父母雙方、監護人或實際照顧者)基本資料

是否同意使用以上相關資料申請澎湖縣家庭安全提升補助，每季補助新臺幣 9,000 元。是□否□

	姓名 國民身分證統一編號 (居留證編號)	通訊方式	地 址	
父		(日) (夜) (手機)	戶籍地	□同上表兒童戶籍地址 □其他，請詳填於下：
			現居地	□同上表兒童戶籍地址 □同上 □其他，請詳填於下：
母			戶籍地	□同上表兒童戶籍地址 □其他，請詳填於下：
			現居地	□同上表兒童戶籍地址 □同上 □其他，請詳填於下：

受補助兒童	姓名 國民身分證統一編號	出生日期 年 月 日	地址	
			現居地	□同上表兒童戶籍地址 □其他，請詳填於下：
			現居地	□同上表兒童戶籍地址 □其他，請詳填於下：

申請類別	□ 新生兒 □補助對象之父母或監護人如有特殊情形(如失蹤、服刑、家暴或其他變故、未婚生子之婦女..等) □申請保險費核退
補助對象或父母或監護人一方郵局帳號	戶名 局號 帳號

二、申請人須檢附相關文件

應備文件	□申請表 □保險費自負額繳費證明正本 □補助對象及父、母或監護人之含記事之戶籍資料(有效之新式戶口名簿影本或最近三個月內電子戶籍謄本等) □郵局存摺封面影本(補助對象或父母或監護人一方)

申請本項補助，所提供以上資料皆據實填報，若有虛報不實情形經查獲者，除無條件繳回本項津貼外，願負一切法律責任。

(父) (簽名或蓋章) (母) (簽名或蓋章)

委託(授權)代申請 (若由他人代送者，應簽署本欄，若掛號郵寄或親送者免填)

委託人(即申請人)茲已瞭解並將本補助事宜委託(授權)受委託人：_____(簽名或蓋章)(國民身分證統一編號：)代辦，如有糾紛致影響申請人權益，概由委託人自行負責。

縣市政府複核意見 □符合 □不符合補助規定

承辦人： 科長： 副處長： 處長： 縣長：

澎湖縣六歲以下幼童健保費自負額　繳費證明

茲證明本投保單位員工及其眷屬（姓名、金額詳如下表），已由本投保單位依法按月扣繳全民健康保險費。倘提供資料如有虛報不實，經查明者，願負相關法律責任，特立此證明為證。

此致 澎湖縣政府社會處

稱謂	姓名	身份證字號	月投保金額	已扣繳之月份/金額		合計
				月份		
員工本人				自付金額		
眷屬				自付金額		

投保單位章：　　負責人章：　　承辦人員章：

填表日期：　　年　　月　　日　　※本表可自行影印使用

申請人補繳【保險費自負額繳費證明】注意事項：

1. 受補助兒童健保費繳交予投保單位後，若單位無開立繳費收據者，請單位填具本繳費證明表，並於繳費收訖日或填表日起 3 個月內，將繳費收據或繳費證明正本親送或郵寄至本府社會處，俾利日後辦理核退補助款事宜，逾期繳交將不受理。
2. 遞送地址：880 澎湖縣馬公市治平路 32 號；收件人：澎湖縣政府社會處社工婦幼科（6 歲以下幼童健保補助）。
3. 如有疑問請致電：澎湖縣政府社會處 06-9274400 分機 569。　收件日：