

澎湖縣白沙鄉生育營養補助費申請表

申請人 姓名	住址	新生兒 姓名	出生年月日
	白沙鄉 村 鄰 號		年 月 日
備 註	一、實施期間：自一一五年一月一日起實施。 二、補助對象應合於下列規定： （一）申請人（父或母）應設籍本鄉達一年以上者。 （二）新生兒出生即設籍本鄉者。 前項所稱設籍本鄉達一年以上者，係指以新生兒出生日起算前一年，中途遷出又遷入者，應重新起算。 三、申請時請檢附新式戶口名簿（詳細）影本乙份，以供查核。 四、申請人如有虛偽不實或重複申請之情事，應繳回其已領之金額，如有涉及刑責者，自行負責。		
申請人	承辦人	財經課	秘書
村辦公處	單位主管	主計室	鄉長

日期： 年 月 日

簽證號：

澎湖縣白沙鄉公所

採購(費用動支)申請單暨黏貼憑證用紙

憑證編號	預算科目		金額	用途說明
	業務計畫：	社會福利	10,000	生育補助費
	工作計畫：	獎補助費		
	用途別：	社會福利津貼及濟助		

經(承)辦單位		保管	主計室	秘書	機關長官
經(承)辦人					
驗收(證明)		財產登記			
單位主管					

憑證粘貼線

收據

茲收到白沙鄉公所生育營養補助費新臺幣壹萬元整無訛。

此致

白沙鄉公所公鑒

領款人：

(簽章)

住址：澎湖縣白沙鄉 村 鄰 號

身分證字號：

電話：