

屏東縣生育津貼審核結果申復書

申請日期： 年 月 日 (※請於收到審核結果之次日起30日內向原申請戶政事務所提出申復，逾期視為放棄)

新生兒姓名		身分證統一編號		出生日期	年 月 日
新生兒戶籍地址					
申請人姓名 (同生育津貼申請人)		身分證統一編號		與新生兒關係	<input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 監護人 <input type="checkbox"/> 其他
申請人 聯絡電話		戶籍地址：	<input type="checkbox"/> 同新生兒		
		通訊地址：	<input type="checkbox"/> 同上		
最新設籍 居住狀況	<input type="checkbox"/> 申請人：自 _____年_____月_____日起設籍並實際居住_____縣/市。 <input type="checkbox"/> 配偶：自 _____年_____月_____日起設籍並實際居住_____縣/市。				
委託書 委託人(即申請人)茲已瞭解有關屏東縣生育津貼相關申請規定，並由受委託人代為【申復生育津貼審核結果】，如有糾紛，概由委託人自行負責；如因虛報不實而查獲者，雙方並負相關法律責任。 此致 屏東縣政府					
委託人(即申請人)：		受委託人：_____ (簽名或蓋章)			
_____		身分證統一編號：_____			
(簽名或蓋章)		地址：_____			
		電話：_____			
不符原因	1. <input type="checkbox"/> 申請人於新生兒出生當日，設籍並實際居住本縣未滿1年。 2. <input type="checkbox"/> 超過新生兒出生之次日起6個月申請期限。 3. <input type="checkbox"/> 重複申領屏東縣政府其他相同性質之補助。 4. <input type="checkbox"/> 其他_____。				
申復事由 (摘要敘述)					