

屏東縣產婦及嬰兒營養與婦女生育補助申請表

申請日期： 年 月 日

申 請 人	姓(案主本人)	出年	聯地			
		月				
	生日	絡址				
	身字	聯電				
姓(代理人)	出年	聯地				
	月					
生日	絡址	聯電	與 案 主 係			
身字	絡話					
證號						
<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 申請項目： <input type="checkbox"/> 婦女生育補助 <input type="checkbox"/> 產婦營養補助 <input type="checkbox"/> 嬰兒營養補助 是否曾接受政府機關相同性質補助 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			檢附證件： <input type="checkbox"/> 嬰兒入籍本縣之戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 合格醫療院所開具之嬰兒出生證明 <input type="checkbox"/> 領款收據 <input type="checkbox"/> 申請人郵局存摺封面影本 <input type="checkbox"/> 低收入戶或中低收入戶證明文件(由受理之鄉(鎮、市)公所依職權查調並檢附)			
鄉 鎮 市 公 所 初 核	<input type="checkbox"/> 符合補助新台幣_____元整 <input type="checkbox"/> 不符合補助 理由：_____					
	承辦人	課長	秘書	鄉鎮長		
縣 政 府 審 核 結 果	<input type="checkbox"/> 符合補助新台幣_____元整 <input type="checkbox"/> 不符合補助 理由：_____					
	承辦人	科長	副處長	處長		