

苗栗縣低收入戶與中低收入戶產婦及嬰兒營養補助申請表

收件日期： 年 月 日

新生兒姓名	年齡	身分證字號	聯絡地址	電話
	年 月 日出生			
法定代理人 姓名	與新生兒關係	身分證字號	聯絡地址	電話

補助對象：

- (一) 本縣列冊低收入戶及中低收入戶產婦或懷胎滿二十週(五足月)以上之死胎或自然流產，持有合法證明文件之產婦。
- (二) 本縣列冊低收入戶與中低收入戶人口或其配偶所生新生兒且設籍本縣(以非死產者為限)。

檢附證件：

- ☐1、申請書。
- ☐2、低收入戶、中低收入戶證明。
- ☐3、新生兒入籍後之全戶戶籍資料。
- ☐4、其他相關證明文件（如診斷證明書等）。
- ☐5、本府領款收據。

審核結果：

初 核	☐ 符合補助（金額：_____元整） ☐ 不符合補助 原因：()	複 核	☐ 符合補助（金額：_____元整） ☐ 不符合補助 原因：()
	承辦人 課長 鄉（鎮市）長		承辦人 科長 業務主管 機關首長