

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) 本縣列冊一、二、三款之低收入戶與中低收入戶，於新生兒完成戶籍登記為本縣縣民之產婦或其配偶。
- (二) 本縣列冊一、二、三款之低收入戶與中低收入戶，懷孕滿五足月以上之死胎或自然流產，持有合法證明文件之產婦或其配偶。

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、領款收據。

審核結果：

| | | | |
|---|---|---|---|
| 初 | <input type="checkbox"/> 符合補助（金額：_____元整） <input type="checkbox"/> 不符合補助 原因：() | 複 | <input type="checkbox"/> 符合補助（金額：_____元整） <input type="checkbox"/> 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 |
| 核 | | 核 | |