

澎湖縣生育補助申請表

申請人姓名		出生年月日		身分證字號		蓋章
戶籍地址	市（鄉）里（村）路（街）巷弄 號樓					
胎別	☐ 單胎 ☐ 多胞胎		胎次	第_____胎		
新生兒姓名		出生年月日		身分證字號		
戶籍地址	☐ 同戶籍地址（免填寫） 市（鄉）里（村）路（街）巷弄 號樓					
檢附之相關證明文件均屬實，倘有隱瞞或不實，本人願負法律責任。						
申請人：（蓋章）聯絡電話：申請日期：年 月 日						
生育補助領據						
領款人：領款人蓋章：郵局帳號：領款日期：年 月 日						
資料審核（以下由受理單位填寫）						
☐ 是 ☐ 否 1. 申請人應設籍達二年以上者。 ☐ 是 ☐ 否 2. 完成新生兒戶籍出生登記為本縣縣民者。 ☐ 是 ☐ 否 3. 新生兒出生日起算後三個月內提出申請。 ☐ 是 ☐ 否 4. 檢附申請人金融機構存簿封面影本。 收件日期：年 月 日						
補助金額：新臺幣 ☐ 三萬元整 ☐ 五萬元整 ☐ 七萬元整 ☐ 多胞胎：_____						
衛生所 初審意見	☐ 符合補助 ☐ 不符合補助規定（請敘明原因） 原因： 承辦員：會計：主任：					
衛生局 複核意見	☐ 符合補助 ☐ 不符合補助規定（請敘明原因） 原因： 承辦員：科長：會計：機關長官：					

※以新生兒出生登記之轄區衛生所為受理申請機關