澎湖縣生育補助申請表

<table>
<tr><td>申請人姓名</td><td></td><td>出生年月日</td><td></td><td>身分證字號</td><td></td><td>蓋
章</td></tr>
<tr><td>戶籍地址</td><td colspan="6">市（鄉）　　里（村）　　路（街）　　巷　　弄
號　　樓</td></tr>
<tr><td>胎　別</td><td colspan="2">□單胎　　□多胞胎</td><td colspan="2">胎　次</td><td colspan="2">第_____胎</td></tr>
<tr><td>新生兒姓名</td><td></td><td>出生年月日</td><td></td><td>身分證字號</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>戶籍地址</td><td colspan="6">□ 同戶籍地址（免填寫）
市（鄉）　　里（村）　　路（街）　　巷　　弄
號　　樓</td></tr>
<tr><td colspan="7">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）　　連絡電話：
申請日期：　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="7">生 育 補 助 領 據</td></tr>
<tr><td colspan="7">領 款 人：　　領款人蓋章：
郵局帳號：
領款日期：　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="7">資料審核（以下由受理單位填寫）</td></tr>
<tr><td colspan="7">□ 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</td></tr>
<tr><td colspan="7">補助金額：新臺幣　□三萬元整　　□五萬元整　　□七萬元整　　□多胞胎：_____</td></tr>
<tr><td>衛生所
初審意見</td><td colspan="6">□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：</td></tr>
<tr><td>衛生局
複核意見</td><td colspan="6">□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：</td></tr>
</table>

※以新生兒出生登記之轄區衛生所為受理申請機關