

臺南市政府辦理低收入戶孕產婦及嬰兒營養補助申請書 附件一

一、申請人資料

申請日期：

姓名：_____
出生年月日：_____身分證字號：_____
聯絡電話：
戶籍地址/通訊地址：

二、申請補助項目

孕產婦營養補助

應備文件	<input type="checkbox"/> 申請書。 <input type="checkbox"/> 低收入戶證明正本(受補助者應為列冊人口)。 <input type="checkbox"/> 全民健康保險局特約醫院或診所近三個月內所開立之診斷證明書(孕婦應明列懷孕達四個月以上、曾有早流產、難產之紀錄，而且需要營養補充之文字；產婦應明列分娩日期，而且需要營養補充之文字)。 <input type="checkbox"/> 戶籍謄本。 <input type="checkbox"/> 領款收據。 <input type="checkbox"/> 申請人存摺封面影本。 <input type="checkbox"/> 委託書。 (上開文件已備齊者請勾選，相關影本文件務必簽章並核與正本相符)
補助金額	孕產婦每人每次補助新臺幣二千元整，以申請一次為限。

嬰兒營養補助

嬰兒姓名：_____ 出生年月日：_____ 身分證字號：_____

應備文件	<input type="checkbox"/> 申請書。 <input type="checkbox"/> 低收入戶證明正本(受補助者應為列冊人口)。 <input type="checkbox"/> 全民健康保險局特約醫院或診所近三個月內所開立之診斷證明書(應載明需要營養補充之文字)。 <input type="checkbox"/> 嬰兒出生證明正本(應明列出出生日期)。 <input type="checkbox"/> 戶籍謄本。 <input type="checkbox"/> 領款收據。 <input type="checkbox"/> 申請人存摺封面影本。 <input type="checkbox"/> 委託書。(上開文件已備齊者請勾選，相關影本文件務必簽章並核與正本相符)
補助金額	嬰兒每人每次補助新臺幣一萬二千元整，以申請一次為限。

三、審查結果

初審	審查結果： <input type="checkbox"/> 孕產婦營養補助符合_____元整 <input type="checkbox"/> 核定補助 <input type="checkbox"/> 嬰兒營養補助符合_____元整 <input type="checkbox"/> 核定補助 <input type="checkbox"/> 孕產婦營養補助不符合_____原因 <input type="checkbox"/> 嬰兒營養補助不符合_____原因	承辦人	課長 _____ 區長 _____
複審	審查結果： <input type="checkbox"/> 孕產婦營養補助符合_____元整 <input type="checkbox"/> 核定補助 <input type="checkbox"/> 嬰兒營養補助符合_____元整 <input type="checkbox"/> 核定補助 <input type="checkbox"/> 孕產婦營養補助不符合_____原因 <input type="checkbox"/> 嬰兒營養補助不符合_____原因	承辦人	科長 _____ 局長 _____