

# 臺南市政府辦理低收入戶孕產婦及嬰兒營養補助申請書

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（可擇一或同時勾選）

- 孕(產)婦營養補助（每人每三個月補助新臺幣 2,000 元，每胎限申請二次）
- 嬰兒營養補助（每人補助新臺幣 12,000 元，限申請一次）

三、嬰兒資料

嬰兒姓名：                      出生年月日：                      身分證字號：

四、應附文件檢核表（請勾選已備文件，影本請簽章並註明「與正本相符」）

孕(產)婦營養補助	嬰兒營養補助
<input type="checkbox"/> 申請書	
<input type="checkbox"/> 低收入戶證明正本	
<input type="checkbox"/> 戶籍謄本	
<input type="checkbox"/> 領款收據	
<input type="checkbox"/> 金融機構存摺封面影本	
<input type="checkbox"/> 委託書	
<input type="checkbox"/> 全民健康保險局特約醫院或診所近三個月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"/> 全民健康保險局特約醫院或診所近三個月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（應列明出生日期）

五、審查結果

初審	審查結果： <input type="checkbox"/> 孕(產)婦營養補助符合—核定補助_____元整 <input type="checkbox"/> 嬰兒營養補助符合—核定補助_____元整 <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- 核定補助                    元整 <input type="checkbox"/> 嬰兒營養補助符合- 核定補助                    元整 <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
--------	---	-----	----	----