澎湖縣馬公市新生嬰兒營養代金申請表 112.3.1修訂版

申請人基本資料	姓 名		出生年月日（民國）		身分證字號	電話
			年 月 日			
	戶籍地	澎湖縣馬公市 里 路(街) 段 巷 弄 號 樓				
	通訊地	□同戶籍地（可免填）				
		縣/市 鄉/鎮/市 里/村 路/街 段 巷 弄 號 樓				
新生兒基本資料	姓 名		出生年月日	民國 年 月 日	身分證字號	
	姓 名		出生年月日	民國 年 月 日	身分證字號	
	姓 名		出生年月日	民國 年 月 日	身分證字號	
	戶籍地	□同申請人戶籍地（可免填）				
		澎湖縣馬公市 里 路(街) 段 巷 弄 號 樓				
應備文件	□新生兒及父、母或監護人之含**詳細記事**之戶籍資料（有效之新式戶口名簿影本或最近三個月內含新生兒及父母戶籍謄本等） □存摺封面影本（新生兒或父母或監護人一方）					

本人已閱讀並了解本申請表各節，所填各項資料及所附文件均為真實，並知悉提供不實資料及違反相關法令之後果，若有可歸責於已之事由，除繳回所領金額並自負一切法律責任。

申請人簽名/蓋章：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 申請日期： 年 月 日

審核意見	□不符合退件(原因：□1.補助對象不符 □2.申請期限超過 □3.檢附文件不齊 □4.其他)
	□符合補助資格：□1.單胞補助10,000元 □2.雙胞胎補助20,000元 □3.其他

承辦人 財經課 主任祕書

課 長 主計室 市 長

澎湖縣馬公市新生嬰兒營養代金補助領款收據

申請人：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 身分證字號：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

戶籍地：馬公市 里 路(街) 段 巷 弄 號 樓

茲領到：□新臺幣伍仟元整 □新臺幣 萬 千元整

受補助父母雙方申辦「澎湖縣馬公市新生嬰兒營養代金補助」，並同意將補助匯入

戶名：＿＿＿＿＿＿＿＿ ， ＿＿＿＿＿郵局/銀行/農會 帳號：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

日後如有紛爭，願負一切法律責任。父：＿＿＿＿＿（簽章）母：＿＿＿＿＿（簽章）

領款日期： 年 月 日

※申請須知：

1.申請資格：產婦或其配偶一方設籍本市達10個月以上(新生兒出生日起10個月)且新生兒在本市辦妥出生登記者。

2.申請期限：新生兒出生日起算3個月內。