

## 金門縣

## 鄉/鎮低收入戶及中低收入戶產婦及嬰兒營養補助申請表

申請人		簽章		申請日期	年 月 日
戶籍住址				電話	
列冊期間： 年 月 日至 年 月 日					
申請事由	<input type="checkbox"/> 低收入戶產婦及嬰兒營養補助，本次胎數_____胎。 <input type="checkbox"/> 中低收入戶產婦及嬰兒營養補助，本次胎數_____胎。 <input type="checkbox"/> 低收入戶婦女懷孕滿二十週以上有死胎、自然流產或符合優生保健法第九條規定之人工流產者。 <input type="checkbox"/> 中低收入戶婦女懷孕滿二十週以上有死胎、自然流產或符合優生保健法第九條規定之人工流產者。				
檢附證件：					
<input type="checkbox"/> 金融機構存摺封面影本(土地銀行優先)。 <input type="checkbox"/> 領據 <input type="checkbox"/> 醫院證明書(死胎、流產需檢附) <input type="checkbox"/> 戶籍證明文件 <input type="checkbox"/> 低收入戶證明 <input type="checkbox"/> 中低收入戶證明					
公所初審	<input type="checkbox"/> 符合產婦及嬰兒營養補助。 <input type="checkbox"/> 不符合產婦及嬰兒營養補助。		審核意見	一、 本案符合補助規定，補助_____元正。 二、 經核不符合補助規定，原因：	
承辦人		課長		鄉鎮長	