

# 苗栗縣低收入戶產婦及嬰兒營養補助申請表

收件日期： 年 月 日

新生兒姓名	年齡	身分證字號	聯絡地址	電話
	年 月 日出生			
法定代理人姓名	與新生兒關係	身分證字號	聯絡地址	電話

**補助對象：**

- (一) 本縣列冊一、二、三款之低收入戶，具合法婚姻關係，於新生兒完成戶籍登記為本縣縣民之產婦或其配偶。
- (二) 本縣列冊一、二、三款之低收入戶，具合法婚姻關係，懷孕滿五足月以上之死胎或自然流產，持有合法證明文件之產婦或其配偶。

**檢附證件：**

- 1、申請書。
- 2、低收入戶證明（ 款）。
- 3、新生兒入籍後之全戶戶籍謄本。
- 4、其他相關證明文件（如診斷證明書等）。
- 5、本府領款收據。

**審核結果：**

初	<input type="checkbox"/> 符合補助（金額：_____元整） <input type="checkbox"/> 不符合補助 原因：( )	複	<input type="checkbox"/> 符合補助（金額：_____元整） <input type="checkbox"/> 不符合補助 原因：( )
	承辦人  課長  鄉（鎮市）長		承辦人  科長  業務主管  機關首長
核		核	