

臺中市_____區公所_____年度低收入戶生育、產婦及嬰兒營養補助申請表

申請日期：____年____月____日

資料備齊日：____年____月____日

一、基本資料：

申請人：_____簽章_____係本人 與補助對象之關係_____

戶籍住址：臺中市_____區_____里_____鄰_____路(街)_____段_____巷_____弄_____號_____樓之_____

通訊處：同戶籍地
臺中市_____區_____里_____鄰_____路(街)_____段_____巷_____弄_____號_____樓之_____

電話：_____ 行動電話：_____

二、實施項目：

申請項目	應備文件	補助標準
1. 一般生產者： <input type="checkbox"/> (1) 低收入戶生育補助： 產婦姓名：_____	1. 一般生產者： <input type="checkbox"/> (1) 合格醫療院所開具之 <u>出生證明或分娩診斷證明</u> 正本(但戶籍證明文件已有新生兒戶口登記者免附)。 <input type="checkbox"/> (2) 全戶電子戶籍謄本或戶口名簿影本一份。 <input type="checkbox"/> (3) 申請補助者低收入戶證明一份。 <input type="checkbox"/> (4) 申請補助者之郵局帳戶存簿封面影本。 <input type="checkbox"/> (5) 委託配偶、一親等家屬代為申請之委託書及受委託人之身分證明文件。 <input type="checkbox"/> (6) 請領收據。	1. 一般生產者： (1) 低收入戶生育補助：每人每胎補助費一萬二千元，雙胞胎補助二萬四千元，依此類推。 (2) 低收入戶產婦營養補助：補助分娩前後各二個月(共計四個月)，每月補助四千元，一次發放。 (3) 低收入戶嬰兒營養補助：每個嬰兒每月補助一千八百元，一次補助十二個月。 (4) 低收入生育、產婦及嬰兒營養補助可併一起申請，惟須於嬰兒出生後三個月內提出，並於列冊時間起算比例差額補助。 (5) 領取本計畫生育補助者，可同時請領臺中市生育津貼。
<input type="checkbox"/> (2) 低收入戶產婦營養補助： 產婦姓名：_____		
<input type="checkbox"/> (3) 低收入戶嬰兒營養補助： 新生兒姓名：_____		
※申請上述補助，請詳實勾選，如未勾選視同未申請。		
2. 懷孕三個月以上自然流產或死產者： <input type="checkbox"/> 低收入戶產婦營養補助： 產婦姓名：_____	2. 懷孕三個月以上自然流產或死產者： <input type="checkbox"/> (1) 合格醫療院所開具之 <u>醫師診斷證明書</u> 正本1份(需明列懷孕週數及流產原因)。 <input type="checkbox"/> (2) 全戶電子戶籍謄本或戶口名簿影本一份。 <input type="checkbox"/> (3) 申請補助者低收入戶證明一份。 <input type="checkbox"/> (4) 申請補助者之郵局帳戶存簿封面影本。 <input type="checkbox"/> (5) 委託配偶、一親等家屬代為申請之委託書及受委託人之身分證明文件。 <input type="checkbox"/> (6) 請領收據。	2. 懷孕三個月以上自然流產或死產者：補助前後各二個月(共計四個月)，每月補助四千元，計一次發放。

切結書

立切結書人：本人_____申請低收入戶生育/產婦營養/嬰兒營養補助，已瞭解低收入戶生育、產婦及嬰兒營養補助之相關規定，茲依照規定申請本補助，並保證上列各欄均如實填寫及完全符合申請資格，且未獲政府相同性質補助，如有隱瞞或不實之申請接受補助(重複申請)，本人願負一切法律責任，並繳回全部補助款，特此具結。

此致 臺中市_____區公所 申請人：_____ (簽章)

[申請人(代理申請人)已確實詳閱及表列文字，並親自簽名或加蓋私章。]

三、審核結果：

不符合(原因：_____) 未備齊文件：_____ (退還補件 通知補件)

符合：
 (1) 生育補助_____元。 (2) 產婦營養補助_____元。 (3) 嬰兒_____人營養補助_____元。
 總計本案核定補助金額_____元整。

承辦人員	課長	主任秘書	區長
------	----	------	----