

花蓮縣萬榮鄉孕婦產後營養補助申請表

申請日期： 年 月 日

申請人資料	姓名		性別		身分證字號	
	出生年月日		電話			
	戶籍地址					
	通訊地址					
新生兒資料	嬰兒姓名		性別		身分證字號	
	出生年月日		戶籍地址			
應備文件	<input type="checkbox"/> 申請人領款收據 <input type="checkbox"/> 金融機構存摺封面影本 <input type="checkbox"/> 含新生兒出生登記戶籍之一個月內全戶戶籍謄本 <input type="checkbox"/> 其他應檢附之證明文件_____					
審查結果	<input type="checkbox"/> 不符合，理由_____					
	<input type="checkbox"/> 符合，核發產婦營養補助新臺幣 <u>壹萬</u> 元整。					
	承辦人	社會福利所所長		秘書		鄉長

花蓮縣萬榮鄉孕婦產後營養補助申請表

(自然流產適用)

申請日期： 年 月 日

申請人資料	姓名		性別		身分證字號	
	出生年月日		電話			
	戶籍地址					
	通訊地址					
	流產日期	年	月	日	懷孕週數	週
應備文件	<input type="checkbox"/> 申請人領款收據 <input type="checkbox"/> 金融機構存摺封面影本 <input type="checkbox"/> 一個月內戶籍謄本(如孕婦未設籍萬榮，須另檢附配偶之戶籍謄本) <input type="checkbox"/> 其他應檢附之證明文件(醫療院所診斷證明)_____					
審查結果	<input type="checkbox"/> 不符合，理由_____					
	<input type="checkbox"/> 符合：					
	➤ 懷孕未滿 16 週流產補助新臺幣_____元整。					
	➤ 懷孕滿 16 週以上流產補助新臺幣_____元整。					
	承辦人	社會福利所所長	秘書	鄉長		

