

高雄市 區低收入戶孕產婦及嬰幼兒營養補助申請表

壹：申請人資料：由申請人自填或區公所承辦人（里幹事）代填 申請日期： 年 月 日

一、補助對象：		列冊第 <input type="checkbox"/> 一 <input type="checkbox"/> 二 <input type="checkbox"/> 三 <input type="checkbox"/> 四 類低收入戶	
身分證字號：		出生年月日： 年 月 日	
二、戶籍地址：高雄市 區 里 鄰		路 街 巷 弄 號 樓	電話：
公文送達地址：高雄市 區 里 鄰		路 街 巷 弄 號 樓	
三、申請人：	身分證字號：	與補助對象關係： <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父/母 <input type="checkbox"/> 其他	
四、申請人戶籍地址：			電話：
高雄市 區 里 鄰 路 街 巷 弄 號 樓			
五、申請項目：1. <input type="checkbox"/> 低收入戶孕產婦營養補助 2. <input type="checkbox"/> 低收入戶嬰/幼兒營養補助			
六、補助事實：本市列冊低收入戶孕產婦及嬰幼兒有下列情形之一，且經婦產科或兒科專科醫師診斷認有補充營養之需要者，得申請營養補助：			
(一)孕產婦：1. 年齡未滿 19 歲或年滿 35 歲以上。			
2. 2 年內曾有早產、流產或難產之紀錄。			
3. 患有貧血，其血紅素濃度在每 100 毫升 11 克以下。			
(二)嬰幼兒：1. 出生時體重低於 2,500 公克，並於出生後 6 個月內經醫師診斷證明。			
2. 出生後 5 年內，身高及體重低於生長曲線標準 25 百分位。			
七、申請營養補助者，應於事實發生後 3 個月內檢附下列文件提出申請：			
(一) 申請表。			
(二) 醫療院所開立由醫師載明有補充營養需要之診斷證明書正本。			
(三) 金融機構存摺封面影本。			
(四) 領款收據。			

貳、審核：

區公所初核結果及簽章			社會局核定結果及簽章		
<input type="checkbox"/> 不符合補助資格。 <input type="checkbox"/> 符合補助要點規定。			<input type="checkbox"/> 不符補助要點規定。 <input type="checkbox"/> 符合補助要點規定，請准予補助 1. 孕產婦營養補助：_____元。 2. 嬰/幼兒營養補助：_____元。		
初審意見：			審核意見：		
里幹事/承辦人	業務主管	機關首長	承辦人	核稿	決行

高雄市低收入戶孕產婦及嬰幼兒營養補助 領款收據

補助項目	(受補助人姓名): _____
	<input type="checkbox"/> 低收入戶孕產婦營養補助 <input type="checkbox"/> 低收入戶嬰/幼兒營養補助
金額	新 臺 幣 _____ 元 整

上款已如數領訖，所送各項憑證若經查核有不符規定情事，領款人自願退還所領取之補助費，絕無異議。

此據

高雄市政府社會局

領款人：

身分證統一編號：

住址：高雄市 _____ 區 _____ 里 _____ 鄰 _____ 路
_____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日