

## 彰化縣低收及中低收入戶婦幼營養補助申請表

申請人基本資料	姓名											出生年月日	民國	年	月	日				
	身分證字號												電話	日：_____	夜：_____					
	戶籍地	鄉(鎮市) 村(里) 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓																		
	通訊處	<input type="checkbox"/> 同戶籍地 <input type="checkbox"/> 鄉(鎮市) 村(里) 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓																		
	郵局局帳號																			
嬰幼兒資料	姓名					出生年月日					身分證字號					戶籍地址				
檢附文件 <small>(請勾選)</small>	1. 申請表。 <input type="checkbox"/> 2. 戶籍謄本。 <input type="checkbox"/> 3. 申請人之郵局存摺封面影本。 <input type="checkbox"/> 4. 低收或中低收入戶證明。 <input type="checkbox"/> 5. 相關證明文件： <input type="checkbox"/>																			
	<p>本(申請)人已閱讀並了解本申請表各節，保證上述所填各項資料及所附文件均為真實，並知悉提供不實資料及違反相關法令之後果，若有可歸責於己之事由，除繳回所領金額外，並自負一切法律責任。</p> <p>本申請之婦幼營養補助款項，經社會局審核通過，並核撥至申請人帳戶內，日後若有任何具領爭議，本(申請)人願負法律上完全責任。</p> <p>申請人簽章：_____ 申請日期：____年____月____日</p>																			
審核意見	<input type="checkbox"/> 符合：(生效月份： 年 月。每月新臺幣 2,000 元整。) (備註： )																			
	<input type="checkbox"/> 不符合。(原因： )																			

承辦人：

科長：

副處長：

處長：