**臺東縣政府辦理（中）低收入戶產婦及嬰兒營養補助實施計畫**

1. 依據：社會救助法第16條第1項第1款。
2. 目的：協助減輕本縣低收入戶及中低收入戶婦女生育之經濟負擔，使嬰兒能獲得更佳的照顧，避免因經濟困窘影響婦女及嬰兒營養補充。
3. 補助對象：設籍本縣低收入戶或中低收入戶，未獲政府同性質補助且符合下列規定之一者：
   1. 本縣產婦或嬰兒。
   2. 本縣婦女懷孕滿二十週以上有死胎、自然流產或符合優生保健法第九條規定之人工流產者。
4. 補助標準：每胎補助新臺幣一萬元。雙胞胎以上者，以增加之胎兒數，每胎增給新臺幣一萬元。
5. 申請程序：申請人應於事實發生三個月內，檢附以下證明文件逕向戶籍所在地之鄉（鎮、市）公所辦理。
   1. 申請表及領據。(申請人未成年應由法定代理人代為申請)
   2. 嬰兒入籍後新式全戶戶口名簿影本。
   3. 合格醫療院所開具之診斷證明書(死胎、流產須檢附)。
   4. 低收入戶或中低收入戶證明乙份（申請人列冊）。
   5. 申請人或其法定代理人金融機構存摺影本。
6. 資格審定及補助款之核發：
   1. 鄉（鎮、市）公所受理申請時應初核，符合條件者層轉本府複核。
   2. 本府經複核合於補助資格者，應即將補助款逕撥付申請人之帳戶。
7. 申請人有下列情形之一者，致本府誤發補助，經本府通知限期繳回，逾期不繳回者，依法移送強制執行。涉及刑事責任者，移送司法機關辦理：
   1. 提供不實之資料。
   2. 隱匿或拒絕提供應審核之資料。
   3. 以詐欺或其他不正當方法取得本補助。
8. 本計畫所需經費由本府年度預算社會救濟-社會救助-獎補助費-社會福利津貼及濟助項下支應辦理，經費用罄即停止辦理。
9. 本計畫奉縣長核定後實施，並得隨時修訂之。

**臺東縣(中)低收入戶產婦及嬰兒營養補助申請表**

申請日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請人 | 姓名 |  | | | 性別 |  | | | 身分證字號 | | |  |
| 出生年月日 |  | | | 電話 |  | | | 核列款別 | | |  |
| 戶籍地址 |  | | | | | | | | | | |
| 通訊地址 |  | | | | | | | | | | |
| 代理人(或法定代理人) | 姓名 |  | | | 性別 |  | | | 身分證字號 | | |  |
| 出生年月日 |  | | | 電話 |  | | | 與申請人關係 | | |  |
| 戶籍地址 |  | | | | | | | | | | |
| 通訊地址 |  | | | | | | | | | | |
| 申請  項目 | 設籍本縣低收入戶或中低收入戶，未獲政府同性質補助且符合下列規定之一者  □本縣產婦或嬰兒(未成年為申請人應由法定代理人代為辦理)。  □本縣婦女懷孕滿二十週以上有死胎、自然流產或符合優生保健法第九條規定之人工流產者。 | | | | | | | | | | | |
| 檢附  證明  文件 | * 領據。 * 低收入戶或中低收入戶證明(申請人列冊)。 * 合格醫療院所開具之診斷證明書(死胎、流產須檢附)。 * 嬰兒入籍後之新式全戶戶口名簿影本。 * 申請人或其法定代理人金融機構存摺影本。 | | | | | | | | | | | |
| 公所  初審  結果 | □符合補助。   * 不符合補助，理由： | | | | | | | | | | | |
| 村（里）幹事 | | | 承辦人 | | | 課長 | | | 鄉（鎮、市）長 | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |
| 縣府  審查  結果 | □符合補助，發給補助金新臺幣 元。  □不符合補助，理由： | | | | | | | | | | | |
| 承辦人 | | 科長 | | | | | 副處長 | | | 處 長 | |
|  | |  | | | | |  | | |  | |

領 據

茲向臺東縣政府領到本年度（中）低收入戶產婦及嬰兒營養補助共計新臺幣 元整無誤，特立此據。

此致

臺東縣政府

具領人姓名＜申請人＞： (簽章)

身分證號碼：

戶籍地址：

聯絡電話：

帳號：

中 華 民 國 年 月 日

領 據

申請人未成年使用

茲向臺東縣政府領到本年度（中）低收入戶產婦及嬰兒營養補助共計新臺幣 元整無誤，特立此據。

此致

臺東縣政府

姓名： 未滿7歲得由法定代理人代填身分證字號：

法定代理人姓名： (簽章) 身分證字號：

戶籍地址：

聯絡電話：

本補助匯入□申請人□法定代理人金融機構存摺影本，郵政帳戶戶名： ；郵政局帳號： 。

中 華 民 國 年 月 日

存摺異動切結書

本人(申請人) 因□郵局帳戶遭凍結□其他事由 ，以致申請之臺東縣政府(中)低收入戶產婦嬰兒營養補助須轉存其他親屬帳戶戶名： (與申請人關係： )局號： 帳號： ，如有不實，本人願負一切法律責任，並繳回溢領之津貼款項。

此致

臺東縣政府

具切結書人： (簽章)

出生年月日：

身分證字號：

通訊地址：

連絡電話：

中 華 民 國 年 月 日