

**高雄市政府社會局受理低收入戶、中低收入戶家庭
坐月子到宅服務折抵現金補助審核結果申復書**

申復人 (簽名或蓋章)				聯絡 電話	
代理人	委託人(即申請人): _____【簽章】茲已瞭解並將有關本市弱勢家庭坐月子到宅服務折抵現金補助相關申請規定,並委託(授權)受委託人: _____【簽章】代為【填寫申復書】,如有糾紛,概由委託人與受委託人自行議處;如因虛報不實而查獲者,雙方並負相關法律責任。			身分 證字 號	
				聯絡 電話	
申復時間	年	月	日	時	分
坐月子到宅服務折抵現金補助申請人				身分證 字號	出生 日期
新生兒					
戶籍地址	高雄市	區	里 鄰	路(街) 段	巷 弄 號 樓
通訊地址	縣市	鄉鎮市區	路(街) 段	巷 弄	號 樓
聯絡電話	(宅):	(公):	(行動):		
福利身分別	<input type="checkbox"/> 低收入戶		<input type="checkbox"/> 中低收入戶		
最新設籍 居住狀況	<input type="checkbox"/> 申請人:自 年 月 日起設籍		縣市,且實際居住		縣市。
	<input type="checkbox"/> 配偶:自 年 月 日起設籍		縣市,且實際居住		縣市。
不符原因	<input type="checkbox"/> 1. 設籍未滿1年		<input type="checkbox"/> 2. 非實居本市		<input type="checkbox"/> 3. 申請期限超過
	<input type="checkbox"/> 4. 未具低收入戶或中低收入戶身分		<input type="checkbox"/> 5. 其他 _____		
申復事由 (檢要摘述)					
檢附資料					