

## 高雄市低收入戶孕產婦及嬰幼兒營養補助辦法

中華民國 100 年 5 月 23 日高市府四維社救助字第 1000052900 號令訂定

第一條 為提供本市低收入戶孕產婦及嬰幼兒營養補助，並依社會救助法第十六條第二項規定訂定本辦法。

第二條 本辦法之主管機關為本府社會局。

第三條 本市列冊低收入戶孕產婦，自懷孕第四個月起至產後二個月止，有下列情形之一並經醫師診斷認有補充營養之需要者，得申請營養補助：

- 一、年齡未滿十九歲或年滿三十五歲以上。
- 二、曾有早產、流產或難產之紀錄。
- 三、患有貧血，其血紅素濃度在每一百毫升十一克以下。
- 四、懷孕期間體重增加不理想。

第四條 本市列冊低收入戶嬰幼兒，自出生日起至年滿五歲止，有下列情形之一並經醫師診斷認有補充營養之需要者，得申請營養補助：

- 一、出生體重低於二千八百公克。
- 二、身高、體重低於生長曲線標準二十五百分位。

第五條 營養補助每六個月申請一次，每人每次補助新臺幣五千元。

第六條 申請營養補助者，應檢附下列文件向戶籍所在地區公所提出申請：

- 一、申請表（如附件一）。
- 二、低收入戶證明。申請嬰幼兒營養補助者並應附嬰幼兒入籍後之全戶戶口名簿。
- 三、最近三個月內診斷證明書正本。診斷證明書應由醫師詳載有補充營養需要之事由。
- 四、金融機構存摺封面影本。

五、領款收據（如附件二）。

區公所受理申請後，應儘速完成書面審查並彙送主管機關核定。

第七條 依本辦法受領補助者，不得重複申領政府機關相同性質之其他補助。

第八條 申請人以詐欺或其他不正方法申領補助或重複申領政府機關相同性質之其他補助者，主管機關得廢止或撤銷原處分，並追繳已受領之補助。

核發補助之處分作成時，應於處分書中載明或敘明前項事項。

第九條 本辦法所需經費由主管機關編列預算支應。

第十條 本辦法自發布日施行。

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：	
通訊地址：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"/> 夫 <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自懷孕第四個月起至產後二個月止，以及嬰幼兒自出生日起至滿五歲止，有下列情形之一，且經醫師診斷認為需要營養補充者，得申請營養補助。			
<p>（一） 孕產婦：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 孕產婦年齡未滿 19 歲或 35 歲以上者。</li> <li>2. 曾有早產、流產或難產之紀錄者。</li> <li>3. 患有貧血，其血紅素濃度(HB)11.0 以下者。</li> <li>4. 懷孕期間體重增加不理想者。</li> </ol> <p>（二） 嬰幼兒：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 出生體重低於 2,800 公克。</li> <li>2. 身高、體重低於生長曲線標準 25 百分位者。</li> </ol>			

七、檢附文件：☐申請表。

☐醫院開具最近3個月內診斷證明書正本（需由醫生詳載需要營養補充之事由）

☐新生兒入籍後之全戶戶籍謄本或戶口名簿。

☐低收入戶證明（新生兒需增列為戶內人口）。

☐郵政儲金簿或金融機構存摺封面影本。

☐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：		
調查員	業務單位	機關首長	業務單位	會計單位	機關首長

100.03

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      路街  
                         巷弄      號      樓

中      華      民      國      年      月      日