

新竹市祝你好孕補助計畫 AMH 抽血檢驗申請單

申請人基本資料	姓名		出生日期		教育程度	
	身分證字號/居留證字號		職業別	<input type="checkbox"/> 軍公教 <input type="checkbox"/> 工 <input type="checkbox"/> 服務業 <input type="checkbox"/> 商 <input type="checkbox"/> 家管 <input type="checkbox"/> 農 <input type="checkbox"/> 其他：_____	身分別	<input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 新住民 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 身心障礙(障別： 程度：)
	婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚				
	電話			手機		
	戶籍地址					
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> 另列如右：				
切結書	<p>本人_____茲申請新竹市祝你好孕補助計畫之 AMH 抽血檢驗，已充分了解並符合本計畫申請補助對象資格規定，上述所填各項資料均完全屬實，並同意提供貴局查詢確認本人身分使用及公衛統計等相關作業用途；如經查證以詐欺或其他不正當行為或虛偽之證明申請補助費用者，將負一切法律責任，並返還已支付之補助經費，特此切結。</p> <p style="text-align: right;">申請人簽章：</p> <p style="text-align: right;">申請日期： 年 月 日</p>					
身分證正面影本/居留證正面影本 黏貼處			身分證反面影本/居留證反面影本 黏貼處			
審查單位核章	日期：					