

臺東縣育兒指導到宅服務暨弱勢家庭月子餐補助計畫申請表

111. 01.01版

申請日期： 年 月 日

案號：

辦理單位：臺東縣政府

幼兒家庭基本資料	產婦姓名				預產期：	胎次：	
	年齡				國籍：	族別：	
	聯絡電話	(住家)：			(手機)：		
	現居地址	台東縣 市(鄉/鎮)					
	戶籍地址	☐ 同上 ☐					
	幼兒姓名			特殊兒童	☐ 早產 ☐ 其他：		
	出生日期	年 月 日		性別	☐ 男 ☐ 女		
	資訊來源	☐ 網路 ☐ 朋友 ☐ 醫院： ☐ 戶政： ☐ 其他管道：					
服務	地點	☐ 同現居地 ☐ 其他：					
	滿意度	調查日期： 是否回覆： ☐ 是 ☐ 否					
需求項目(可複選)	☐ 1. 嬰幼兒照顧技巧、沐浴指導。 ☐ 2. 母乳哺育及餵奶(食)知識及技巧。 ☐ 3. 媽媽產後身心狀況提供情緒支持、喘息服務、產後運動。 ☐ 4. 育兒指導、簡單家務協助。 ☐ 5. 陪同就醫回診。 ☐ 6. 相關托育服務資源及育兒相關資源與補助諮詢。 ☐ 7. 弱勢家庭產婦住院月子餐(此項服務實施期間:110年1月1日~112年12月31日) 建議可於產前(約2周)提出申請，俾利審核作業。						
備應	1. 本申請表。 2. 嬰幼兒出生之證明文件影本(擇一) ☐ 出生證明、戶口名簿、其他：						
事項注意	1. 如申請人所提供之審核資料不實，需自負法律責任。 2. 基於個人資料保護法規定，在此向您說明本計畫針對以上基本資料收集僅作為到宅服務聯繫使用，不另作其他用途，若有其他用途，會在使用前徵求您的同意。						

◎申請後我們將儘快與您聯絡，若有問題請來電專案辦公室。專線089-231855

地址：台東市四維路3段46之3號(Line ID:@imama e-mail: 231855imama@gmail.com)

審核結果：☐符合申請資格，進入媒合程序。☐不符合申請資格，原因：

理事長：

承辦人：

收案人：