

# 連江縣國民年金被保險人所得未達一定標準申復書

申復日期： 年 月 日

申復人 基本資料	姓名		出生 年月日		身分證字號	
	戶籍 地址				聯絡 電話	
	通訊 地址					
委託人	姓名				聯絡電話	
核定 文件	核定 文號	民國 年 月 日 字第 號				
		收受或知悉核定文件日期 (申復需在收到文後 30 日內提出，逾期不予受理)			民國 年 月 日	
申復理由	(檢附相關資料)					
	簽名：					
鄉公所 初審結果	<input type="checkbox"/> 申復有理由，建議撤銷原審核結果，改核列 ( <input type="checkbox"/> 最低生活費未達 1.5 倍且消費支出未達 1 倍 <input type="checkbox"/> 1.5 倍未達 2 倍且消費支出 1 倍，未達 1.5 倍)，理由如下：  <input type="checkbox"/> 維持原核定，理由如下：					
公所核章	承辦人		課長		鄉長	
衛生福利局 複審結果	<input type="checkbox"/> 申復有理由，建議撤銷原審核結果，改核列 ( <input type="checkbox"/> 最低生活費未達 1.5 倍且消費支出未達 1 倍 <input type="checkbox"/> 1.5 倍未達 2 倍且消費支出 1 倍，未達 1.5 倍)，理由如下：  <input type="checkbox"/> 維持原核定，理由如下：					
衛生福利局 核章	承辦人		秘書		局長	
	科長					