

附件五

臺中市議員區民代表及里長福利互助請領殘廢互助金申請書				
殘廢者姓名 (互助人)				身分證字號
殘廢	確定殘廢日			治療經過及
	殘廢類別			身障概況
情形	殘廢程度	<input type="checkbox"/> 全殘 <input type="checkbox"/> 半殘 <input type="checkbox"/> 部分殘廢	請領互助金額度	
附註		上開資料如有填載不實之情事，互助人應負冒領之責。		
隨附證件		<input type="checkbox"/> 殘廢證明書_____紙。 <input type="checkbox"/> 領取互助金收據一張。		
互助人簽章			申請日期	年月日
參加互助機關有無垫款		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (請於事實之□內勾選)		
參加互助機關：_____				
初審意見：				
主辦單位 主(會)計單位 首長				
初審日期		中華民國 年 月 日		
臺中市議員區民代表及里長福利互助委員會				
複審意見：				
經辦單位	會計單位	執行秘書	副主任委員	主任委員