

附件四

臺中市議員區民代表及里長福利互助請領傷病住院醫療互助金申請書					
住院者	姓名		受益人 (互助人)	姓名	
	身分證字號			身分證字號	
傷病住院	時間		住院者與互助人關係		
	原因 (病名)		實際支付醫藥費額		
	地點		請領互助金額度		
有無參加公保或勞保		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	互助人有無其他親屬擔任公職		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
有無親屬以同一事故向其他機關申請互助補助		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	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		一、診斷證明書____紙。 二、醫藥費用收據____張。 三、醫療藥材明細表____紙。 四、領取互助金收據一紙。			
互助人簽章			申請日期	年 月 日	
本年度內已領傷病住院醫療互助金額					
參加互助機關有無墊款		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(請於事實之 <input type="checkbox"/> 內勾選)		
參加互助機關名稱：_____					
初審意見：					
主辦單位		主(會)計單位		首 長	
初 審 日 期		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	