

金門縣各級民意代表及村里長福利互助自治條例

中華民國 84 年 2 月 8 日 (84) 府秘字第 03385 號令訂定發布

中華民國 93 年 6 月 24 日府秘法字第 0930023867-0 號令修正

第一章 總則

- 第一條 為辦理金門縣各級民意代表及村（里）長之福利互助，特制定本自治條例。
- 第二條 本自治條例所稱各級民意代表，係指縣議員及鄉（鎮）民代表。
- 第三條 福利互助業務，以金門縣政府為主辦機關，並組織福利互助委員會（以下簡稱互助會）辦理之。
- 第四條 本縣各級民意代表福利互助，分別以縣議會、鄉（鎮）民代表會為參加互助機關。村（里）長福利互助以鄉（鎮）公所為參加互助機關。

第二章 互助人、受益人

- 第五條 本縣各級民意代表及村（里）長於任職期間，均為互助人。
- 第六條 本自治條例所稱受益人，除互助人本人之喪葬互助受益外，均為互助人本人。
- 第七條 互助人本人喪葬互助之受益人，其順序如下：
一、配偶。
二、子女。
三、父母。
四、兄弟姊妹。
五、祖父母。
- 前項所稱受益人以具有中華民國國籍者為限；第二款所稱子女，如未成年，其得請領之互助金，由其監護人具領。
- 第八條 互助人本人之喪葬互助金，無前條受益人具領時，依下列順序辦理：
一、互助人生前指定之人。
二、參加互助機關。

第三章 互助之參加、退出及停止

- 第九條 本縣各級民意代表及村（里）長，應由參加互助機關造具名冊，檢同互助資料卡送互助會，全體一次辦妥參加互助手續。
- 第十條 新任、去職或死亡人員，參加或退出互助應以就職、去職或死亡之日起生效。但當月之互助費，照全月扣繳。
- 第十一條 互助人停止職務或服兵役時，依下列規定辦理：
一、停止職務應即停止互助。停止職務原因消滅，准予復職時，其權利義務視同存續，停止職務期間應繳納之互助費及應領受之互助金，應予補繳及補發。但解除職務者，應追溯

自停止職務之日起退出互助。

二、服兵役期間，應視同繼續參加，其應繳納之互助費，由參加互助機關年度經費內勻支。

第十二條 互助人退出或停止互助時，已繳之互助費，無論其在互助期間已否領受互助金，一律不予退還。

第十三條 參加互助機關之主辦單位，應按月將參加、退出或停止之互助人，造具異動月報表送互助會。

第四章 互助經費之籌措保管及運用

第十四條 互助會經費之籌措及解繳方式如下：

一、政府補助部分：互助人每人每月新臺幣三百元，由主辦機關統籌編列預算，撥由互助會保管運用。

二、互助人個人負擔部分：互助人每人每月繳納新臺幣一百元，由參加互助機關之主辦單位，列單通知出納及會計單位，由互助人每月應領之款項中予以扣繳，於當月十日前，解繳互助會在銀行所設專戶，並編製互助費計算表一份，送互助會。

第十五條 參加互助機關之會計單位，每月應彙編互助經費收支明細表一式二份，一份存查；一份送主辦單位連同異動月報表、申請書、資料卡，於次月五日前送互助會。

第十六條 福利互助經費，由互助會在銀行設立專戶儲存保管，其本息悉數充作福利互助之用。

第五章 互助項目及互助給付標準

第十七條 福利互助項目如下：

- 一、重大傷病住院醫療互助。
- 二、殘廢互助。
- 三、喪葬互助。

第十八條 福利互助金給付標準如下：

- 一、重大傷病住院醫療互助：互助人本人給付醫療費用百分之七十；父母、配偶或仰賴撫養之子女，給付醫療費用百分之五十。但互助人及其眷屬每一會計年度給付總額不得超過新臺幣六萬元。
 - 二、殘廢互助：互助人本人全殘廢者，給付新臺幣七萬元；半殘廢者，給付新臺幣五萬元；部分殘廢者，給付新臺幣三萬元。
 - 三、喪葬互助：互助人本人死亡者，給付新臺幣十六萬元；父母配偶死亡者，給付新臺幣四萬元；仰賴撫養之子女死亡者，給付新臺幣一萬五千元。
- 前項第一款及第三款所稱仰賴撫養之子女，係指未滿二十歲或

滿二十歲而在學經學校證明者及身心障礙不能自謀生活必須依賴互助人撫養經醫院證明者。

第六章 申請補助及限制

第十九條 申請各項互助金，應由受益人填具申請書一式二份，連同有關證件，送由主辦單位審查屬實後，報請互助會審核撥款。

第二十條 重大傷病住院以住於公立醫療機構或全民健康保險機構指定之私立醫療院所者為限。

車禍、急症開刀、腦溢血等重大傷病，非立即送由就近非中央健康保險局特約之醫療院所急救治療無法挽回其生命者，急救七日內之醫療費用准予給付。如確因病情嚴重，急救超過七日者，得專案報由互助會核辦。

第二十一條 重大傷病住院醫療互助金，以二等以下病房為限。超過二等病房之費用及伙食、指定醫師及特別護士、冷暖氣、陪床、醫師助理、診斷書、掛號等費用，全部由互助人自行負擔。

輸血費用，除因大手術及外傷等嚴重之組織損傷或失血而有生命危險者外，應由互助人自行負擔。

第二十二條 有下列情形之一者，不得申請重大傷病住院醫療互助金：

一、整形、整容、自殺與非因傷病施行手術者。

二、已享受免費醫療或其他有關補助者。

三、因不正當行為而致傷病者。

四、因傷病而致殘廢，經領取殘廢給付後，以同一傷再申請診療者。

第二十三條 殘廢時間依下列規定審定：

一、傷口癒合，或石膏繃帶打開後確定本症狀已終止之時。

二、如在傷口癒合，或石膏繃帶打開或在症狀終止後，經相當時日，始能確定其殘廢者，以確定之日為準。

三、同一傷病已終止之時。

第二十四條 本自治條例所稱殘廢，比照公務人員保險給付標準表認定之。

第二十五條 兄弟姊妹同為互助人或參加機關學校福利互助者，其父母發生互助事故時，互助金以兄弟姊妹中之一人申請為限。

夫妻同為互助人或一方參加機關學校福利互助者，其配偶、本人或仰賴撫養之子女發生互助事故時，互助金以夫妻中之一人申請為限。

子女與父母同為互助人或參加機關學校福利互助者，其父母或本人發生互助事故時，互助金以由子女或父母中一人申請為限。

第二十六條 各項互助金，應於事故發生之次日起六個月內申請。重大傷病住院醫療互助金之申請，自出院之次日起算；因案停止職務期間發生互助事故時，得於復職之次日起六個月內申請補發，逾期以放棄權利論。

第二十七條 各項互助金之受益人，如有冒領、重領或偽造、變造證件、單據等情事，已發生之互助金應予收回。並依法辦理。有關人員，如有徇私舞弊情事，應併予懲處。其涉及刑責者，移送司法機關辦理。

第七章 附則

第二十八條 本自治條例所規定之書表格式，由互助會另定之。

第二十九條 本自治條例自公布日施行。

附件一

_____ (機關名稱) 參加民意代表及村里長福利互助人員名冊

屆次	互	助	人	參	加	互	助	備	註
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

職稱	姓名	身分證統號	年	月	日

參加互助機關

主辦單位

主計（會）單位

首長

填表說明：

- 職稱欄：分別填明縣議員、鄉（鎮）民代表、○○村（里）村（里）長。
- 參加互助年月日：一律填寫就職到任年月日。
- 凡參加互助應填寫「福利互助資料卡」一式兩張，其中一張連同本表，函送互助會列管，另一張由參加互助機關自行留存備查。

附件二（正面）

金門縣各級民意代表及村里長福利互助資料卡

參加互助機關名稱：_____

屆別：第____屆

互助給付紀錄

年	月	日	被互助人姓名	關係	互助事項	互助金額		
附		記						

附件三

_____ (機關名稱) 年__月參加民意代表及村里長福利互助人員異動

表

日期：

文號：

屆次	互 助 人		異 動 事 實		參加互助 年 月 日	備 註
	職 稱	姓 名	動 態 別	生 效 日 期		

此致

金門縣各級民意代表及村里長福利互助委員會

參加互助機關

主辦單位

主計單位

首 長

- 填表說明：
- 1 職稱欄：分別填明縣議員、○○鄉（鎮）民代表、○○村（里）村（里）長。
 - 2 動態別：填寫如「新到任」、「停職」、「復職」、「辭職」、「解職」等情事。
 - 3 生效日期：詳細填列動態發生效力年月日。
 - 4 參加互助年月日：填互助人本屆參加互助日期（補選者填其就任到職日期）。
 - 5 凡新參加互助應填寫「福利互助卡」一式兩張，其中一張併本表逕送互助會列管，另一張由參加互助機關自行留存備查。

附件四

金門縣各級民意代表及村里長福利互助請領重（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	
	身分證統號			身分證統號	
傷病	時間		住院者與互助人關係		
	原因 (病名)		實際支付醫藥費額		
住院	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	
本年度內已領重傷病住院醫療互助金額					
參加互助機關有無墊付		<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			

金門縣各級民意代表及村里長福利互助委員會
複審意見：

主辦單位

會計單位

首 長

附件五

金門縣各級民意代表及村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 統 號	
殘 廢 情 形	確 定 殘 廢 日 期	治 療 經 過 及 身 障 概 況	
	殘 廢 類 別		
	殘 廢 程 度	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
參加互助機關有無執 付 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：_____			
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		

金門縣各級民意代表及村里長福利互助委員會
複審意見：

主辦單位

會計單位

首 長

附件六

金門縣各級民意代表及村里長福利互助請領喪葬互助金申請書

死 亡 者	姓 名		受 益 人	姓 名	
	身分證統號			身分證統號	
	死 亡 時 間		死亡者與互助人關係		
	死 亡 地 點		受益人與互助人關係		
	死 亡 原 因		請 領 互 助 金 額		
死亡者有無參加公保 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，受益人應 負冒領之責。
隨 附 證 件		一、死亡診斷證明書一紙。 二、戶籍謄本____份。 三、領取互助金收據一紙。			
受 益 人 簽 章			申 請 日 期		年 月 日
參加互助機關有無 執 付 款		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (請於事實之 <input type="checkbox"/> 內勾選)			

付喪葬互助金 計 件	本月	件累																		
付殘廢互助金 計 件	本月	件累																		
付重病互助金 計 件	本月	件累																		
付項合計																				
<p>說明</p> <p>1.本表請於收到本會喪葬、殘廢、重病互助金之當月及每年十二月份填報，其他月份免填報。</p> <p>2.截止本月止累計欄以年度別為準。</p> <p>3.報送時請將銀行繳款單存根聯正本及相關資料影本一併檢附。</p>																				

參加互助機關

主辦單位

主辦主計人員

首

長

附件八

金門縣各級民意代表及村里長福利互助繳納互助金計算表（清冊）

（參加互助機關名稱）中華民國____年____月份

上月份參加人數____人

本月份加助人數____人，姓名____、____。

退助人數____人，姓名____、____。

實際人數____人。

填表日期：____年____月____日

本月份實際參加互助人數				
號	名	繳	納	金 額 備 註

姓

參加互助機關

主辦單位

主計單位

首 長

附件九

金門縣各級民意代表及村里長福利互助委員會

會 計 憑 證 用 紙

憑 證 編 號	預 算 科 目	金 額								用 途 說 明
		十 萬	萬	千	百	十	元	角	分	

付款憑證編號：

主 任 委 員	會 計 單 位	主 辦 單 位 主 管	驗 收 或 證 明	經 手 人
---------	---------	-------------	-----------	-------

--	--	--	--	--

.....憑.....證.....粘.....貼.....線.....

以下由受益人填寫

請領互助金收據

茲收到

福利互助金

新台幣____十萬____萬____仟____佰____拾____元整

此致

金門縣各級民意代表及村里長福利互助委員會

參加互助機關名稱：_____

具領人：_____ 簽章

身分證統號：_____

戶籍地址：_____縣_____鄉鎮市_____村里_____鄰

中華民國_____年_____月_____日