

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