

金門縣金沙鎮民意外亡故及重、傷病住院慰問金發放作業要點

(106.6.14 池社字第 1060008544 函核定)

申請日期： 年 月 日

申請人						
身分證字號						
住址		電話				
<p>慰問對象：設籍本鎮，戶內人口因遭遇外來突發的意外傷害事故死亡（並以此意外傷害事故為直接原因），或戶內人口傷病於本縣衛福部金門醫院住院治療者，且符合下列各款之一者，得發放本慰問金：</p> <p>(一)設籍本鎮連續滿一年者。</p> <p>(二)前項配偶為外籍配偶尚未取得我國國民身分證，不受設籍之限制。</p> <p>(三)傷病住院慰問金每人每年慰問以一次為限。</p>						
應附證件：			備註：			
<input type="checkbox"/> 申請書。 <input type="checkbox"/> 戶籍謄本、戶口名簿影本或相關佐證資料。 <input type="checkbox"/> 診斷證明(需註明住院時間)或相關佐證資料。 <input type="checkbox"/> 死亡證明。 <input type="checkbox"/> 其它：( )。			<input type="checkbox"/> 住院中(普通病房號碼： )。 <input type="checkbox"/> 加護病房。 <input type="checkbox"/> 已出院返家療養。 <input type="checkbox"/> 意外死亡事件概述：			
審核： <input type="checkbox"/> 符合傷病住院慰問，同意補助新台幣 1,000 元整。 <input type="checkbox"/> 符合意外亡故慰問，同意補助新台幣 10,000 元整。						
里辦公處	承辦人員	課長	主計	秘書	鎮長	

領 據

中華民國 年 月 日

茲收到金沙鎮民意外亡故慰問金

新台幣 壹萬 元整

領款人：

身分證字號：

戶籍地址：金門縣金沙鎮

領 據

中華民國 年 月 日

茲收到金沙鎮民傷病住院慰問金

新台幣 壹仟 元整

領款人：

身分證字號：

戶籍地址：金門縣金沙鎮