

申請日期： 年 月 日

案件編號：

收件日期： 年 月 日

## 嘉義市勞工職業災害慰問金申請書

申請人姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	與職災者關係	
戶籍地址			身分證字號		
通訊地址			電話		
職災勞工姓名	出生日期	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	職災發生日	
戶籍地址			身分證字號		
工作職稱及內容			工資		
職災者服務單位或投保單位名稱			聯絡電話		
服務單位地址					
服務單位或投保單位證明欄： 請簡述日期、地點、事實發生經過。	<p>事實發生經過：</p> <div style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 60px; margin: 20px auto; text-align: center; padding: 5px;">服務單位</div> <p style="text-align: right;">服務單位印信： 負責人簽章：</p> <p>茲證明本申請表所載職業災害發生事由屬實，若有不實應負一切法律責任。</p>				
<b>檢附證明文件：</b> <input type="checkbox"/> 申請書暨領據(如後附件)及申請人銀行或郵局存簿有帳號封面影本1份。 <input type="checkbox"/> 戶籍謄本(近3個月內，記事欄不得省略)。(死亡者，請檢附除戶後之全戶戶籍謄本) <input type="checkbox"/> 勞工保險職災給付核定通知影本。 <input type="checkbox"/> 在職證明(若無勞工保險者須檢附勞工身分證明或其他足以證明勞工職業災害之文件)。 <input type="checkbox"/> 醫師開立住院達4日以上之診斷書或死亡證明書正本1份。 <input type="checkbox"/> 職災死亡案件需附共同具領同意書(如後附件)。 <input type="checkbox"/> 其他：_____					
審查結果	<input type="checkbox"/> 符合，補助勞工職業災害慰問金新臺幣_____元。 <input type="checkbox"/> 不符合。 承辦人：_____ 單位主管：_____ 機關首長：_____				

※相關表件填妥後逕寄：嘉義市政府勞工及青年發展處(嘉義市東區彌陀路253號)

洽詢電話：05-2231920轉250、251

申請日期： 年 月 日

案件編號：

收件日期： 年 月 日

## 領 據

茲收到

嘉義市政府所發給勞工 先生/小姐之嘉義市職業災害慰問金，  
計新臺幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整，無訛。

此致

嘉義市政府

具領人姓名簽章：

(法定代理人/監護人姓名簽章)：

身分證統一編號：

(身分證統一編號)：

與罹災勞工關係：

(與具領人關係)：

電話/地址：

(電話/地址)：

中 華 民 國

年

月

日

存摺黏貼處