

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（簡述事實發生經過、地點、日期）	事實發生經過：      服務單位印信：  負責人簽章：  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。特此證明				<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; width: 100px; margin: 0 auto;">                     服務單位                 </div>
<b>檢附證明文件：</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><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。</li> <li><input type="checkbox"/> 戶籍謄本（近3個月內，記事欄不得省略）。（<b>死亡者，請檢附除戶後之全戶戶籍謄本</b>）</li> <li><input type="checkbox"/> 勞工保險職災給付核定通知影本。</li> <li><input type="checkbox"/> 勞工身分證明（或其他足以證明勞工職業災害之文件）。</li> <li><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。</li> <li><input type="checkbox"/> 職災死亡案件需附共同具領同意書（如後附件）。</li> <li><input type="checkbox"/> 其他：_____</li> </ul>					
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：嘉義市東區中山路199號 嘉義市政府社會處 勞動力及青年發展科  
洽詢電話:05-2254321轉101、102

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