

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>
檢附證明文件： <ul style="list-style-type: none"> <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"/> 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：嘉義市東區中山路199號 嘉義市政府勞青處 勞資關係科
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