

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)	<p>事實發生經過：</p> <div style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 50px; margin: 10px auto; text-align: center;">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。特此證明</p>					
<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)。(死亡者，請檢附除戶後之全戶戶籍謄本)</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 萬 仟 佰 拾 元整，無訛。

此致

嘉義市政府

具領人姓名簽章：

身分證統一編號：

與罹災勞工關係：

電話 / 地址：

(法定代理人/監護人姓名簽章)：

(身分證統一編號)：

(與具領人關係)：

(電話 / 地址)：

中 華 民 國 年 月 日