附件四

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **臺中市議員區民代表及里長福利互助請領傷病住院醫療互助金申請書** | | | | | | | | | | | |
| 住院者 | 姓名 | |  | | 受益人  （互助人） | | 姓名 | |  | | |
| 身分證字號 | |  | | 身分證字號 | |  | | |
| 傷病  住院 | 時間 | |  | | 住院者與互助人關係 | | | |  | | |
| 原因  （病名） | |  | | 實際支付醫藥費額 | | | |  | | |
| 地點 | |  | | 請領互助金額度 | | | |  | | |
| 有無參加公保或勞保 | | | □有　□無 | | 互助人有無其他  親屬擔任公職 | | | | □有　□無 | | |
| 有無親屬以同一事故向其他機關申請互助補助 | | | □有　□無 | | 附註 | | | | 上開資料如有填載不實之情事，互助人應負冒領之責。 | | |
| 隨附證件 | | | 一、診斷證明書　　紙。  二、醫藥費用收據　　張。  三、醫療藥材明細表　　紙。  四、領取互助金收據一紙。 | | | | | | | | |
| 互助人簽章 | | |  | | | 申請日期 | | | | 年　　月　　日 | |
| 本年度內己領傷病住院醫療互助金額 | | |  | | | | | | | | |
| 參加互助機關有無墊付款 | | | □有　　□無　（請於事實之□內勾選） | | | | | | | | |
| 參加互助機關名稱：臺中市潭子區公所  初審意見：  主辦單位　　　　　主（會）計單位　　　　　首　　長 | | | | | | | | | | | |
| 初審日期 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 臺中市議員區民代表及里長福利互助委員會  複審意見： | | | | | | | | | | | |
| 經辦單位 | | 會計單位 | | 執行秘書 | | | | 副主任委員 | | | 主任委員 |
|  | |  | |  | | | |  | | |  |