

宜蘭縣政府勞工職業災害慰助金申請書

申請人姓名		出生日期	民國 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	申請人簽章	
戶籍地址				身分證字號			
通訊地址	□□□			電話			
申請補助項目類別	<input type="checkbox"/> 因職業災害死亡慰問金 <input type="checkbox"/> 失能慰問金(等級____級) <input type="checkbox"/> 因職災傷病住院(____日)慰問金		與職災者關係	本人		申請日期	
發生職災者姓名	<input type="checkbox"/> 同申請人	出生日期	民國 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	職災發生日	
戶籍地址				身分證字號			
發生職災者服務單位(或職業工會名稱)				電話			
地址				統編			
服務單位(或職業工會)證明欄 (簡述人、事、時、地等事實發生經過)	事實發生經過： <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> 服務單位 </div> 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
檢附證明文件： <input type="checkbox"/> 戶口名簿影本或戶籍謄本 <input type="checkbox"/> 勞工身分證明。 <input type="checkbox"/> 事業單位職業災害證明書或其他足以證明職業災害之文件 (勞工保險局職業災害核定公文或職業安全衛生署未加勞保之職災勞工補助核定通知函) 三 <input type="checkbox"/> 死亡慰助金：死亡診斷書或檢察官相驗屍體證明書；受死亡宣告者，檢具法院判決書 擇 <input type="checkbox"/> 失能慰助金：勞工保險局勞工保險職業災害失能給付核定函。 一 <input type="checkbox"/> 受傷住院達5日以上慰助金：住院達5日以上證明書正本。 <input type="checkbox"/> 未重覆申領之切結書。 <input type="checkbox"/> 領據及存摺封面影本。 <input type="checkbox"/> 申領死亡慰問金者，除檢具前項文件外，並應檢具死亡勞工除戶戶籍謄本、全體繼承人戶籍謄本、及領款人協議書。							
審查結果	<input type="checkbox"/> 符合本府勞工職業災害慰助金發放實施要點第7點第1項第 款 目規定補助新臺幣 元。 <input type="checkbox"/> 不符合。						
第二層決行							
承辦單位				決行			

* 將相關文件寄至宜蘭縣政府勞工處(宜蘭市縣政北路1號)，封面註明申請職業災害慰助金。
 * 如有疑問，請電洽(03)9251000#1736、1738

領 據

茲收到宜蘭縣政府發給

君職業災害慰助金

新臺幣 元整。

此 據

具領人姓名簽章：



與職業災害勞工關係：

身分證字號：

戶籍地址：

縣 鄉 村 路 段 巷 弄 號 樓 之 室
市 鎮 市 區 里 鄰 街

通訊地址：

縣 鄉 村 路 段 巷 弄 號 樓 之 室
市 鎮 市 區 里 鄰 街

電 話：

中 華 民 國 年 月 日