

正本

檔 號：  
保存年限：

# 新北市林口區公所 函

地址：24449新北市林口區仁愛路1段378號  
承辦人：古巧兒  
電話：(02)26033111 分機226  
傳真：(02)26015037  
電子信箱：ao3926@ntpc.gov.tw



宜蘭市縣政北路1號

受文者：宜蘭縣政府

發文日期：中華民國108年8月1日  
發文字號：新北林社字第1082728762號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：如主旨

主旨：檢送新北市林口區區民陳月卿君死亡公告1份，請貴單位惠予張貼公告，請查照。

說明：依據新北市政府社會局108年7月23日新北社工字第1081366491號及社會救助法第24條辦理。

正本：新北市各區公所、各縣市政府  
副本：新北市政府殯葬管理處、新北市政府社會局新泰社會福利服務中心

# 區長 劉淑芬



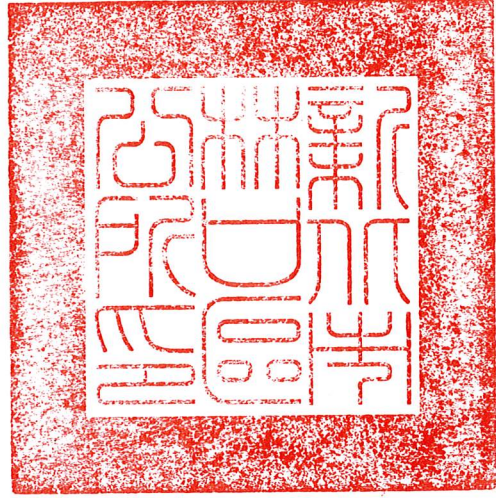
淑芬

裝  
訂  
線

檔 號：  
保存年限：

## 新北市林口區公所 公告

發文日期：中華民國108年8月1日  
發文字號：新北林社字第10827287621號  
附件：死亡證明書1份



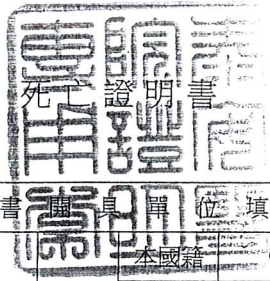
主旨：本區區民陳月卿君（身分證字號：H220981024，設籍新北市林口區南勢里7鄰南勢74號），於108年7月5日死亡，目前無家屬處理喪葬事宜，公告期間屆滿後，本所將依規定辦理，特此公告。

依據：依據新北市政府社會局108年7月23日新北社工字第1081366491號函及社會救助法第24條辦理。

公告事項：公告期間自公告日起25日屆滿。

區長 劉淑芬

病歷號碼：59122  
死亡證字：1140



證明書填寫

(一)姓名	陳月卿	(二) <input type="checkbox"/> 男 性別 <input checked="" type="checkbox"/> 女	(三) 本國籍 <input checked="" type="checkbox"/> 外國籍 <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 國民身分證統一編號 H220981024 <input type="checkbox"/> 護照號碼 <input type="checkbox"/> 居留證統一證號
(四)戶籍地址	新北市林口區南勢里7鄰南勢74號			
(五)出生時間	民國 <input type="checkbox"/> 前 <input checked="" type="checkbox"/> 肆拾陸年 叁月 貳日 時 分 (出生後未滿24小時死亡者需填寫時分)			
(六)死亡時間	民國壹佰零捌年 柒月 伍日 拾叁時 零分			
(七)死亡地點及場所	台北市中山區新生里民權東路二段92巷2之1號 <input checked="" type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所 <input type="checkbox"/> 長期照護或安養機構 <input type="checkbox"/> 住居所 <input type="checkbox"/> 其他			
(八)死亡方式	<input checked="" type="checkbox"/> 自然死(純粹僅因疾病或自然老化所引起之死亡) <input type="checkbox"/> 意外死 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 他殺 <input type="checkbox"/> 不詳			
(九)死亡者行職業	<input type="checkbox"/> 在何處工作從事何種行業		<input type="checkbox"/> 擔任何種工作及職務	
(十)懷孕情形(如死者為女性)	<input type="checkbox"/> 於過去一年未懷孕 <input type="checkbox"/> 懷孕中死亡 <input type="checkbox"/> 懷孕終止或結束之42天內死亡 <input checked="" type="checkbox"/> 懷孕終止或結束後43天至1年內死亡 <input type="checkbox"/> 不清楚過去一年是否懷孕			
(十一)死亡原因：(儘量不要填寫症狀或死亡當時之身體狀況：如心臟衰竭、身體衰弱)	1. 直接引起死亡之疾病或傷害： 甲、 <u>急性呼吸衰竭</u> 先行原因：(若有引起上述死因之疾病或傷害) 乙、(甲之原因) <u>肺出血</u> 丙、(乙之原因) <u>多發性骨髓瘤</u> 丁、(丙之原因) _____ 2. 其他對於死亡有影響之疾病或身體狀況(但與引起死亡之疾病或傷害無直接關係者) _____			發病至死亡概略時間 數週 數週 半年
以上事實確無訛特此證明	醫師姓名：丁文穎 證書字號：醫字第044899號 醫院(診所)名稱：泰安醫院 開業執照字號：北市衛醫字第1501101141號 醫療院所代碼：1501101141 院所地址：台北市中山區新生里六鄰民權東路2段92巷2之1號			<input type="checkbox"/> 依戶籍法第14條及死亡資料通報辦法第4條規定網路傳輸
中華民國 壹佰零捌年 柒月 伍日				

與正本相符

註：死因將來如發現錯誤，惟錯誤係在當時難以避免情況下發生時，診斷者不負法律上之責任。

注意事項：一、請於死亡事件發生或確定後30日內，以免逾期受罰。攜此證明除死者於國外死亡者外，得向死亡者戶籍地之直轄市、縣(市)政府所轄任一戶政事務所辦理死亡登記。

二、為避免承受不必要的繼承債務，宜注意在法律規定時間內向法院聲請辦理拋棄繼承。