|  |
| --- |
| **臺中市義勇消防人員請領福利互助申請書****申請項目：重大傷病住院醫療互助** |
| 互助人單位 | 義消總隊 大隊 分隊 |
| 互助人職別 |  | 服務證字號 |  |
| 互助人姓名 |  | 申請人簽章 |  |
| 出生年月日 |  | 身分證字號 |  |
| 住院原因 | （　病名　） |
| 住院地點 | （醫院全名） |
| 住院時間 |  | 住院天數 | （實際天數） |
| 補助金額 | 新台幣 ： 萬 仟 佰 拾 元（請填寫國字） |
| 本 年 度 已 核 發 補 助 費 |
| 日期 |  |
| 文號 |  |
| 金額 |  |
| 隨附證件 | * 殘廢證明書 □醫藥費用收據 □領取補助費收據
 |
| 審查意見 | 初審 |  | 核章 |  |
| 複審 |  |  |
| 審 核 組 | 會 計 組 | 機 關 主 管 |
|  |  |  |

1. 本表各欄填載是否屬實，應由承辦申請單位負責查證，並在審查意見欄加註意見。
2. 如有不實情事，申請人應負冒領之責，承辦申請單位亦應負連帶責任。
3. 「初審」欄位由承辦分隊填核，「複審」欄位由承辦大隊填核。
4. 本申請表一式三份，一份承辦申請單位存查，二份由福利互助委員會存查。

申請日期： 年 月 日