

## 附件二 彰化縣各級民意代表及村里長福利互助委員會福利互助資料卡

參加互助機關名稱					屆別		職別		參加互助日期	年	月
姓名		性別		出生	民國（前） 年 月 日			住址			
親屬 （父母、配偶、子女）	稱謂	姓名	出生年月日	職業	備註	稱謂	姓名	出生年月日	職業	備註	
指定受益人											
本人簽章		承辦人		主辦單位 主 管		參加互助 機官長官		填表時間	民國	年	月

附註:1. 填表互助人同意依照「彰化縣各級民意代表及村里長福利互助辦法」〈條文請參照〉規定，做為互助人與本會雙方之約款。

2. 互助人請留意上開辦法第二十六條，有關「各項互助金，應於事故發生次日起六個月內申請，逾期喪失權利。重大傷病住院醫療互助金之申請，自出院之次日起算；因案停止職務期間發生互助事故時，自復職之次日起六個月內申請補發。」之規定，避免影響權益。

異動紀錄	異動原因	停止互助		恢復互助		退出互助		備註	異動紀錄	異動原因	停止互助		恢復互助		退出互助		備註		
		年	月	年	月	年	月				年	月	年	月	年	月			
補助金給附記錄									補助金給附記錄										
	年	月	日	被補助人姓名	關係	補助事項	補助金額	年		月	日	被補助人姓名	關係	補助事項	補助金額				
附記																			