

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。

