

附件七

彰化縣各級民意代表及村里長福利互助請領失能互助金申請書

職別	姓名	失能情形			治療經過及失能情況	請領互助金額	隨附證件	審查意見		本年度內領助互金	互助金關墊	互助金關墊	備註
		確定失能日期	失能部分等次	失能程度				初審	複審				
				失能第 號			1 失能證明書 2 領取互助金據互收紙						

此致 彰化縣各級民意代表及村里長福利互助委員會

申請人	簽章	主辦單位 主計單位	參加互 助機關	機關長官
中華民國		年	月	日

附註：

- 1、申請人填具申請書時應據事實填寫，必要時得通知申請人提出有關證明。
- 2、本表各欄填載是否屬實應由主辦單位負責查證後在審查意見欄加註切實按語。
- 3、失能證明書，由公立醫療機構出具，如經X光檢查者，應另附X光報告書。
- 4、機關長官及主辦單位、主計單位蓋章時應一律蓋職名章。
- 5、如有不實情事，申請人應負冒領之責，主辦單位應負連帶責任。
- 6、審查意見「初審」欄由參加互助機關填寫，「複審」欄由互助會填寫。
- 7、互助金機關有無墊付請在所屬欄內打「√」。

說明：

領取互助金收據：由受益人填具。