

附件一

聲 明 書

茲本人_____自願於 年 月 日起，不參加臺南市議員及里長福利互助，同時瞭解未參加互助者，即無申請互助金之權利。

此致

臺南市政府民政局

立 據 人：

(簽名蓋章)

身分證字號：

中 華 民 國 年 月 日

附件三

臺南市議員及里長福利互助資料卡

填表時間：年 月 日(正面)

參加互助 機關名稱		屆 別	屆	參加互助 日期(年月日)	
職 稱		姓 名		性 別	
身分證字號			出生日期	民國	年 月 日
住 址					
親屬 (父母、 配偶、 撫養之子女)	稱 謂	姓 名	出生日期	職 業	備 註

互助人簽章：

主辦單位：

機關長官：

說明：

1. 參加互助機關應將此份資料卡一份送主管機關備查，一份自行留存。
2. 本卡應列之親屬如有新增加成員應報主管機關備查並建檔。

附件三

臺南市議員及里長福利互助資料卡

(背面)

異動原因	停止互助		恢復互助		退出互助		備註
	年	月	年	月	年	月	
異動紀錄							
互助金給付紀錄	年	月	日	受益人姓名	與互助人關係	補助事項	補助金額
附記							

附件四

臺南市議員及里長福利互助繳納互助費清冊（計算表）

參加互助機關：_____ 中華民國 年 月份至 月份

上月份參加人數	本月份						本月份異動概況	1、增加互助姓名： 2、退出互助姓名： 3、停止互助姓名： 4、恢復互助姓名：	備註
	增加互助人數	退出互助人數	停止互助人數	恢復互助人數	實有參加人數	實有參加人數			
人	人	人	人	人	人	人			
本月份實有參加互助人員名冊									
號次	姓名	繳納金額	號次	姓名	繳納金額	號次	姓名	繳納金額	備註
1			11			21			
2			12			22			
3			13			23			
4			14			24			
5			15			25			
6			16			26			
7			17			27			
8			18			28			
9			19			29			
10			20			30			
合 計									

填製日期 年 月 日

主辦單位：

會計單位：

機關長官：

說明：

1. 參加互助機關應將此份清冊一份送主管機關備查，一份自行留存。
2. 互助人於新任、卸任任期交接，得自交接之次月起參加互助；機關補助之互助費以當月卸任之互助人數計算。
3. 互助人如有停職、去職、辭職、死亡等情形，其預收月份之互助費應辦理退還互助人或受益人。

附件五

臺南市議員及里長福利互助經費收支明細表

參加互助機關：

中華民國 年 月份至 月份

項 目 及 摘 要	本 月 合 計							截 至 本 月 止 累 計						
	百 萬	十 萬	萬	千	百	十	元	百 萬	十 萬	萬	千	百	十	元
收 項														
代收互助人負擔部分福利互助費 _____ 人 _____ 月														
代收機關補助部分福利互助費 _____ 人 _____ 月														
收互助會核撥喪葬互助金 撥款通知單 字第 _____ 號														
收互助會核撥失能互助金 撥款通知單 字第 _____ 號														
收互助會核撥傷病住院醫療互助金 撥款通知單 字第 _____ 號														
收 款 合 計														
付 項														
繳互助人負擔部分福利互助費 (詳付計算表上款劃撥臺灣銀行臺 南分行第 _____ 號專戶)														
付喪葬互助金本月 件累計 件														
付失能互助金本月 件累計 件														
付傷病住院醫療互助金 本月 件累計 件														
付 項 合 計														
備 註														
說明：1. 依據繳納互助費及會計報表作業手續補充規定，除發出收支月份填報表外，其他各月免予填報。 2. 截至本月止累計欄以年度別為準。 3. 報送時請將銀行繳款單存根聯正本及相關資料影本一併檢附。														

主辦單位：

會計單位：

機關長官：

說明：

- 參加互助機關應將此份清冊一份送主管機關備查，一份自行留存。
- 互助人於新任、卸任任期交接，得自交接之次月起參加互助；機關補助之互助費以當月卸任之互助人數計算。
- 互助人如有停職、去職、辭職、死亡等情形，其預收月份之互助費應辦理退還互助人或受益人。

附件六

參加互助機關名稱：_____

填報日期：____年____月____日

臺南市議員及里長福利互助請領傷病住院醫療互助金申請書					
住院者	姓名		受益人	姓名	
	出生日期			身分證字號	
傷病	日期		住院者與互助人關係 <input type="checkbox"/> 本人/ <input type="checkbox"/> 眷屬：_____		
	原因 (病名)		實際支付醫藥費金額		
住院	地點				
互助人有無其他親屬擔任公職		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有無親屬以同一事故向其他機關申請互助補助 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
附註		上開資料如有填載不實之情事，受益人應負冒領之責。			
隨附證件		一、診斷證明書____張 二、醫藥費用收據____張(含明細) 三、請領互助金收據 四、身分證明文件 五、匯款金融帳戶影本			
受益人簽章			申請日期	年 月 日	
本年度內已領傷病住院醫療互助金額		新台幣 _____ 元			
審查意見	初審		複審		
	意見說明：		審核結果：		
主辦單位		機關長官	<input type="checkbox"/> 符合補助新台幣 _____ 元整 <input type="checkbox"/> 不符補助		
		承辦單位	單位主管		

附註：

1. 受益人填具申請書依據事實填寫，必要時得通知受益人提出有關證明。
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. 機關長官及主辦單位蓋章時一律蓋職名章。
4. 如有不實情事，受益人應負冒領之責，主辦單位亦應負連帶責任。
5. 審查意見「初審」欄由參加互助機關填寫，「複審」欄由主管機關填寫。
6. 身分證明文件：戶籍謄本、戶口名簿或身分證等足資證明身分及關係者。
7. 診斷證明書：應註明病情及住院日期(入院及出院日期)。
8. 醫療費用收據：應檢附正本，由醫療機構製發，收據上應註明住院者姓名，按面額貼足印花，加蓋醫療機構及收款章。但醫療機構所用計算單證明書、估價單及繳款通知等，均不得作為收據。如以影本提出申請，應由受益人填具確實原因並註記本影本與正本相符，蓋章確認後，據以申請互助金。
9. 匯款金融帳戶影本：主管機關核定金額後，依匯款行庫規定，扣除手續費後，撥匯受益人帳戶；如受益人無法提供帳戶，另行辦理支領作業。

附件七

參加互助機關：_____

填報日期：_____年____月____日

臺南市議員及里長福利互助請領失能互助金申請書			
失能者姓名 (互助人)		身分證字號	
失能情形	確定失能日期	治療經過及	
	失能類別	失能概況	
	失能程度 <input type="checkbox"/> 全失能 <input type="checkbox"/> 半失能 <input type="checkbox"/> 部分失能	請領互助金額	新台幣_____萬元
附註	上開資料如有填載不實之情事，互助人應負冒領之責。		
隨附證件	<input type="checkbox"/> 失能證明書____份 <input type="checkbox"/> 請領互助金收據一張 <input type="checkbox"/> 匯款金融帳戶影本		
互助人簽章	申請日期		_____年____月____日
審查意見	初審		複審
	意見說明： 主辦單位 _____ 機關長官 _____		審核結果： <input type="checkbox"/> 符合補助新台幣_____元整 <input type="checkbox"/> 不符補助 承辦單位 _____ 單位主管 _____

附註：

1. 互助人填具申請書依據事實填寫，必要時得通知互助人提出有關證明。
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. 機關長官及主辦單位蓋章時一律蓋職名章。
4. 如有不實情事，互助人應負冒領之責，主辦單位亦應負連帶責任。
5. 審查意見「初審」欄由參加互助機關填寫，「複審」欄由主管機關填寫。
6. 失能證明書，由規定醫療機構出具，如經X光檢查者，應另附X光報告書。
7. 匯款金融帳戶影本：主管機關核定金額後，依匯款行庫規定，扣除手續費後，撥匯受益人帳戶；如受益人無法提供帳戶，另行辦理支領作業。

附件八

參加互助機關：_____ 填報日期：_____年_____月_____日

臺南市議員及里長福互助請領喪葬互助金申請書					
死者	姓名		受益人	姓名	
	出生日期			身分證字號	
	死亡日期		死亡者與互助人關係		<input type="checkbox"/> 本人/ <input type="checkbox"/> 眷屬：_____
	死亡地點				
	死亡原因		請領互助金額	新台幣_____萬元	
互助人有無其他親屬擔任公職		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		有無親屬以同一事故向其他機關申請互助補助	
附註		上開資料如有填載不實之情事，受益人應負冒領之責。			
隨附證件		一、死亡證明書一張 二、身分證明文件 三、請領互助金收據一張 四、匯款金融帳戶影本			
受益人簽章		申請日期		年 月 日	
審查意見	初審			複審	
	意見說明： 主辦單位			審核結果： <input type="checkbox"/> 符合補助新台幣_____元整 <input type="checkbox"/> 不符補助 承辦單位	
			機關長官		單位主管

附註：

1. 受益人填具申請書依據事實填寫，必要時得通知受益人提出有關證明。
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. 機關長官及主辦單位蓋章時一律蓋職名章。
4. 如有不實情事，受益人應負冒領之責，主辦單位亦應負連帶責任。
5. 審查意見「初審」欄由參加互助機關填寫，「複審」欄由主管機關填寫。
6. 身分證明文件：戶籍謄本、戶口名簿或身分證等足資證明身分及關係者。
7. 死亡證明書：由主治醫師出具。如死者未經任何醫師診治，或因意外傷害而死亡者，應由死亡所在地之警察機關或法院檢察官出具合法證明文件。
8. 匯款金融帳戶影本：主管機關核定金額後，依匯款行庫規定，扣除手續費後，撥匯受益人帳戶；如受益人無法提供帳戶，另行辦理支領作業。

附件九

請領互助金收據

臺南市政府民政局核定補助金額：

新台幣 _____萬 _____仟 _____佰 _____拾 _____元 整

茲收到上列核定補助 _____ (姓名) _____ (項目)

福利互助金

此致

臺南市政府民政局

參加互助機關名稱： _____

具 領 人： _____ 簽章

身分證字號： _____

戶 籍 地 址： _____ 市(縣) _____ 區(鄉、鎮、市) _____ 路(街)

_____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

附件十：請領互助金審核檢視表

年 月 日

項目	參加互助機關 -初審	備註
有無繳交互助費		
申請時間是否逾期		
當年度內是否已申請		
傷病住院醫療 累計核發數額		每年度互助人及眷屬不得超過參萬元
申請人身分是否符合		
同一事項是否重覆請領		
核對申請人帳戶姓名是否正確		

承辦人簽章

說明：參加互助機關受理申請案時，應即詳實審查，於查證無訛後簽具意見，連同此份檢視表及相關資料，函送主管機關核發。

附件十一

同 意 書

茲為領取_____喪葬福利互助金，
 因受益人有_____等_____人，
 經協議由_____一人代領，立據切結
 並無異議，並檢附受益人等之戶籍謄本。

此致

臺南市政府民政局

立同意書人：

(簽名蓋章)

(簽名蓋章)

(簽名蓋章)

(簽名蓋章)

(簽名蓋章)

(簽名蓋章)

協議領取人：

(簽名蓋章)

中 華 民 國 年 月 日

<p>說明：請領福利互助金，受益人有多人時，應協議推派一人代領，並填寫此份書面同意書。</p>

附件十二

同 意 書

茲_____因傷病住院，於請領傷病住院
醫療互助金時死亡，受益人有_____等_____人，
經協議由_____一人代領，立據切結並無異議，
並檢附受益人等之戶籍謄本。

此致

臺南市政府民政局

同意書人：

(簽名蓋章)

(簽名蓋章)

(簽名蓋章)

(簽名蓋章)

(簽名蓋章)

(簽名蓋章)

協議領取人：

(簽名蓋章)

中 華 民 國 年 月 日

說明：請領福利互助金，受益人有多人時，應協議推派一人
代領，並填寫此份書面同意書。