

聲 明 書

茲本人_____自願於 年 月 日起，不參加臺南市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

附件二

臺南市市議員及里長福利互助參加（異動情形）福利互助人員名冊

日期：

文號：

參加互助機關名稱：_____

屆別	互助人		參加互助日期	異動情形		備註
	職別	姓名		原因	生效日期	

主辦單位

機關長官

填表說明：

- 1、職別欄：分別填明市議員、○○里里長。
- 2、參加互助日期：填寫就職到任日期。如互助人於新任、卸任任期交接得自交接之次月起參加互助。
- 3、異動情形：指停止、恢復、退出互助等情形。
- 3、參加互助者應填寫「福利互助資料卡」一式兩份，其中一份連同本名冊，函送主管機關備查，另一份由參加互助機關自行留存。
- 4、遇有變動時應隨時更新。

附件三

臺南市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 時 間	
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 、 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、本卡應列之親屬（父母、配偶、子女）。
- 2、互助人、父母、配偶、子女發生互助事故時，未具中華民國國籍者，不予發給互助金。
- 3、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

臺南市市議員及里長福利互助資料卡

(背面)

異動紀錄	異原	動因	停止互助		恢復互助		退出互助		備註
			年	月	年	月	年	月	
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	本 月 份					本 月 份 異 動 概 況	1、增加互助 人， 姓名： 2、退出互助 人， 姓名： 3、停止互助 人， 姓名： 4、恢復互助 人， 姓名：		備 註
	增加互助	退出互助	停止互助	恢復互助	實有參加				
人	人	人	人	人	人				
本 月 份 實 有 參 加 互 助 人 員 名 冊									備 註
號次	姓名	繳納金額	號次	姓名	繳納金額	號次	姓名	繳納金額	
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

附件五

臺南市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														
代收機關負擔部分福利互助費 _____ 人 _____ 月														
收互助會核撥喪葬互助金 撥款通知單 字 第 _____ 號														
收互助會核撥殘廢互助金 撥款通知單 字 第 _____ 號														
收互助會核撥傷病住院互助金 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														
付殘廢互助金本月 件累計 件														
付重病互助金本月 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

附件六

參加互助機關名稱：_____

填報日期：____年____月____日

臺南市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 (互助人)	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		請領互助金額		
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，互助人應負冒領之責。				
隨附證件	一、診斷證明書____張 二、醫藥費用收據____張(含明細) 三、領取互助金收據 四、身分證明文件				
互助(申請)人簽章			申請日期	年 月 日	
本年度內已領重傷病住院醫療互助金額		新台幣			
審查意見	初審		複審		
	意見說明：		審核結果：		
承辦單位		機關長官	<input type="checkbox"/> 符合補助新台幣_____元整		單位主管
			<input type="checkbox"/> 不符補助		

附註：

- 1、申請人(受益人)填具申請書依據事實填寫，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、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，申請人應負冒領之責，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：由醫療機構製發，收據上應註明繳款人姓名，按面額貼足印花，加蓋醫療機關及收款人印章。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。

附件七

參加互助機關：_____

填報日期：____年____月____日

臺南市市議員及里長福利互助請領殘廢互助金申請書			
殘廢者姓名 (互助人)		身分證字號	
殘廢情形	確殘日	定廢期	治療經過及 身障概況
	殘類	廢別	
	殘程	廢度	請領互助金額
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"/> 殘廢證明書____份 <input type="checkbox"/> 領取互助金收據一張		
互助人簽章		申請日期	年 月 日
審查意見	初審		複審
	意見說明： 承辦單位 _____ 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、申請人(受益人)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、殘廢證明書，由規定醫療機構出具，如經X光檢查者，應另附X光報告書。
- 4、機關長官及主辦單位、會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」欄由主管機關填寫。
- 7、殘廢證明書：由公立醫療機構出具，比照公教人員保險殘廢給付標準表認定之。

附件八

參加互助機關：_____ 填報日期：____年____月____日

臺南市市議員及里長福利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		死亡者與受益人關係	<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		<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、死亡證明書一張 二、身分證明文件 三、領取互助金收據一張				
受益人簽章		申請日期	年 月 日		
審查意見	初審		複審		
	意見說明： 承辦單位 _____ 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、申請人（受益人）填具申請書應依據發生事實詳實填註，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內加具切實按語。
- 3、機關長官及主辦單位、會計單位蓋章時應一律蓋職名章。
- 4、如有不實情事，申請人應負冒領之責，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」欄由主辦機關填寫。
- 6、身分證明文件：戶籍謄本或戶口名簿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。

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 _____ 段 _____ 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	主辦機關 -複審	備註
申請金額			
核發金額			
有無繳交互助金			
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			
其他注意事項			

承辦人簽章

同 意 書

茲為領取_____喪葬福利互助費，
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

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