

臺南市政府勞工局照顧職業災害勞工慰問金申請書 申請日期： 年 月 日

申請類別	<input type="checkbox"/> 死亡	失能： <input type="checkbox"/> 第1-3等級 <input type="checkbox"/> 第4-7等級 <input type="checkbox"/> 第8-15等級			受傷住院： <input type="checkbox"/> 4-6日 <input type="checkbox"/> 7日以上		
罹災勞工姓名		性別		身分證號		年齡	歲
罹災勞工戶籍地址	市 區 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓						
申請人姓名		與罹災勞工之關係		身分證號		連絡電話	
申請人通訊地址	市 區 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓						
投保單位名稱及負責人姓名		投保單位地址				連絡電話	
職業災害原因及經過		發生時間				事故地點	
罹災情形及目前狀況							
<p>本人繳驗之各項證明文件均無造假，且未申請其他縣市政府職災慰問金，以上各欄位也均據實填寫，並同意 貴局可因審核需要逕向相關單位調閱資料，若有不實，願於貴局通知之日起1個月內繳還所領金額，並負一切法律責任，請領死亡慰問金者請填寫附件之切結書；若勞工保險局因故撤銷職業傷病、失能、死亡給付時，將主動告知貴局，並應於1個月內繳還所領金額。</p> <p style="text-align: center;">具結人(申請人) 簽名： 蓋章：</p>							
須檢附正本證明文件	<input type="checkbox"/> 申請書 <input type="checkbox"/> 存摺影本 <input type="checkbox"/> 新式戶口名簿(含詳細記事)或戶籍證明文件 <input type="checkbox"/> 切結書 <input type="checkbox"/> 醫師開立之診斷證明書或死亡證明 <input type="checkbox"/> 領款收據 <input type="checkbox"/> 勞保局開立之被保險人投保資料表(含明細) <input type="checkbox"/> 勞保局(職安署)初次核定職災給付之公文 (未加保死亡勞工應檢附僱傭證明及其他足以證明職災業害之文件)						
審核意見	<input type="checkbox"/> 不符申請資格，原因： ※ 繳驗證件審查無誤，符合申請資格。 * 死亡： <input type="checkbox"/> 核定補助30萬元。 * 失能： <input type="checkbox"/> 第1-3等級，核定補助：10萬元。 <input type="checkbox"/> 第4-7等級，核定補助：5萬元。 <input type="checkbox"/> 第8-15等級，核定補助：1萬元。 (第8-15等級僅適用於111年6月27日後發生職災者) * 受傷住院： <input type="checkbox"/> 4-6日，核定補助：3千元。 <input type="checkbox"/> 7日以上，核定補助：5千元。						

承辦人員：

主管：

※受傷住院慰問金申請書填寫注意事項：

1. 檢附文件除存摺及甲式戶口名簿外其餘均為**正本**。
2. 申請書中之罹災勞工與申請人(除職災死亡慰問金)須為**同一人**。
3. 新式戶口名簿須為甲式(含詳細記事) 影本。
4. 投保資料表必須由**勞保局**開立，亦可上勞保局網頁下載。
5. 切結書失能、受傷住院免附。
6. 勞保局(職安署)核定職業傷病公文需為**初次**申請核撥的公文，若公文遺失可向勞保局(02-23961266*2236)或職安署申請補發。
7. 申請書與領款收據填寫內容如有**塗改**請於上面**蓋私章**。

※應於勞保局(職安署)**初次**認定為職業傷病之日起 **6個月**內提出申請，逾期不予受理。

※各項慰問金之請領，同一職業災害事件，以發給一次為限。

※已請領其他項目之慰問金者，應予扣除。

若有疑義請洽勞工局，電話、郵寄或送件地址如下：

◎民治市政中心

電話：06-6377337 (高先生、陳小姐、郭小姐、李小姐)

地址：73001 臺南市新營區民治路 36 號世紀大樓 7 樓

◎永華市政中心

電話：06-2991111 轉 8535、8538、1036 (陳小姐、孫小姐、蘇小姐)

地址：70801 臺南市安平區永華路二段 6 號 8 樓