

附件 1(卡 1)

澎湖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			參加互助 日期	年 月 日	
屆 別			職 別		
姓 名		出生年月日		性 別	
住 址				電 話	
親 屬 (父 母 、 配 偶 、 子 女)					
稱 謂	姓 名	出 年 月 生 日	職 業	備 註	
指 定 受 益 人			本人簽章		

承辦人

主辦單位
主 管

參加互助機關
長 官

填表時間： 年 月 日

附件 1-1(卡 2)

異 動 記 錄							
異動原因	停 止 互 助		恢 復 互 助		退 出 互 助		備 註
	年	月	年	月	年	月	

補 助 金 給 付 記 錄						
年	月	日	被補助人姓名	關係	補 助 事 項	補助金額

附記：

澎湖縣各級民意代表及村里長福利互助委員會參加福利互助人員名冊

參加互助機關名稱：

日期：

文號：

[illegible]

主辦單位

主計單位

參加互助
機關長官

填表說明：

1. 職別欄：分別填明縣議員、○○鄉市民代表、○○村（里）村（里）長。
2. 參加年月日：一律填寫就職到任年月日。
3. 凡參加互助應填寫「福利互助資料卡」1 式 2 份，其中 1 份連同本名冊，函送互助會列管，另 1 份由服務機關自行留存備查。

澎湖縣各級民意代表及村里長福利互助委員會繳納互助金清冊

參加互助機關：

繳納月份：99 年 月份

填製日期： 年 月 日

上月份參加人數： 人								
本月份參加人數及異動概況	增加互助人數	人	姓名：					
	退出互助人數	人	姓名：					
	停止互助人數	人	姓名：					
	恢復互助人數	人	姓名：					
	實有參加人數	人	姓名：					
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		備 註
1				16				每人每月 250 元 (自行負擔 100 元;機關負擔 150 元)
2				17				
3				18				
4				19				
5				20				
6				21				
7				22				
8				23				
9				24				
10				25				
11				26				
12				27				
13				28				
14				29				
15				30				
合計：								

主辦單位

主計單位

參加互助
機關長官

澎湖縣各級民意代表及村里長福利互助請領重大傷病住院醫療互助金申請書

住 院 者 姓 名		出 生 日 期	年 月 日
傷 病 住 院	日 期		
	原 因 (病名)		
	地 點		
實 際 支 付 醫 療 費 額			
請 領 互 助 金 額			
與 互 助 人 關 係		係申請人之 ()	
有 無 親 屬 擔 任 公 職			
有 無 親 屬 以 同 一 事 故 向 其 他 機 關 申 請 補 助			
隨 附 證 件		1. 診斷證明書 2. 醫療費用收據 3. 醫療藥材明細表 4. 領取互助金收據 5. 戶口名簿或戶籍謄本 6. 存摺影本	
審 查 意 見	初 審		
	復 審		
本 年 度 內 已 領 互 助 金 額			
備 註			
此致 澎湖縣各級民意代表及村里長福利互助委員會 參加互助機關： 申請人： 簽章 主辦單位 主計單位 機關長官 中 華 民 國 年 月 日			

附註：1. 申請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、主計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」欄由互助會填寫。

說明：1. 領取互助金收據：由受益人填具。2. 診斷證明書：應註明病情及住院日期（入院及出院日期）。3. 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。

澎湖縣各級民意代表及村里長福利互助請領殘廢互助金申請書

職 別		
姓 名		
殘 廢 情 形	確定殘廢 日 期	
	殘廢部分 等 次	
	殘廢程度	殘廢第 號
治療經過及殘廢詳況		
請 領 互 助 金 額		
隨 附 證 件		1. 殘廢證明書 2. 領取互助金收據 3. 戶口名簿或戶籍謄本 4. 存摺影本
審 查 意 見	初 審	
	復 審	
本年度內已領互助金額		
備 註		
此致 澎湖縣各級民意代表及村里長福利互助委員會 參加互助機關： 申請人： 簽章 主辦單位 主計單位 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. 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、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。

說明：1. 領取互助金收據：由受益人填具。2. 殘廢證明書：由公立醫療機構出具，如經X光檢查者，應另附X光報告書。

澎湖縣各級民意代表及村里長福利互助請領喪葬互助金申請書

死 者 姓 名		
死 亡	日 期	
	地 點	
	原 因	
與 互 助 人 關 係		係申請人之（ ）
有 無 親 屬 擔 任 公 職		
有 無 親 屬 以 同 一 事 故 向 其 他 機 關 申 請 互 助 金		
請 領 互 助 金 額		
隨 附 證 件		1. 死亡診斷書 2. 戶籍謄本 3. 領取互助金收據 4. 存摺影本
審 查 意 見	初 審	
	復 審	
備 註		
此致 澎湖縣各級民意代表及村里長福利互助委員會 參加互助機關： 申請人： 簽章 主辦單位 主計單位 機關長官 中 華 民 國 年 月 日		

附註：1. 申請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、主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」欄由互助會填寫。

說明：1. 領取互助金收據：由受益人填具。2. 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件。3. 戶籍謄本：應於死者名下記事欄內註明死亡原因及死亡日期，並敘明請領人與死者之關係，如不同一戶籍時，須另檢送請領人之戶籍謄本。

澎湖縣各級民意代表及村里長福利互助委員會

粘貼憑證用紙

憑證編號	預算科目	金 額						備 註
		十萬	萬	千	百	十	元	
領 款 收 據								
摘 要								
金 額	新臺幣： 萬 仟 佰 拾 元正							
上款經已如數領訖								
此致 澎湖縣各級民意代表及村里長福利互助委員會								
參加互助：								
機關名稱								
具 領 人：								
簽 章								
統一編號：								
住 址：								
中 華 民 國 年 月 日								
主辦單位			主計單位			主任委員		