

附件一

花蓮縣政府勞工職業災害慰助金申請表

申請日期： 年 月 日

職災勞工工資資料	申請人姓名	出生日期		職災發生日期
	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號		聯絡電話
	勞工身分 <input type="checkbox"/> 受僱勞工 <input type="checkbox"/> 自營作業者	加保情形 <input type="checkbox"/> 勞/職保 <input type="checkbox"/> 未加保 <input type="checkbox"/> 其他	婚姻狀況	
	戶籍地址	聯絡地址		
雇主資料	職災勞工受僱單位	負責人姓名		
	事業單位聯絡地址	事業單位聯絡電話		
簡述事實發生經過				
申請項目	<input type="checkbox"/> 住院醫療慰助金 <input type="checkbox"/> 身體障害生活慰助金 <input type="checkbox"/> 死亡慰助金(勾選本項目請續填下列慰問家屬資料)			
慰問家屬資料	對象	共____人 <input type="checkbox"/> 配偶/子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 孫子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹		
	具領人	身分證字號	與勞工關係	
	聯絡地址			
	連絡電話			
檢附文件	<input type="checkbox"/> 勞工身分證明文件 <input type="checkbox"/> 戶籍謄本 <input type="checkbox"/> 死亡證明書、住院證明書及相關醫療診斷書 <input type="checkbox"/> 職業災害證明文件 <input type="checkbox"/> 未重複請領相關給付切結書 <input type="checkbox"/> 全權委託書 <input type="checkbox"/> 領據			
備註				
承辦人員審核結果	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過		業務主管簽核	

將相關文件寄至：花蓮縣政府社會處勞資科（花蓮市府後路8號）

\* 如有疑問，請電洽（03）8227171 轉 390，391，396

附件二

切 結 書

勞工（姓名：\_\_\_\_\_身分證字號：\_\_\_\_\_）以打零工維生，因此，雇主不願出具任何證明文件以茲證明僱傭關係之存在。以上所言如有不實，願負法律上之責任。

切 結 人：

身分證字號：

聯 絡 電 話：

聯 絡 地 址：

中 華 民 國

年

月

日

附件三

職業災害事故報告書

職業災害事故簡述：(請註明發生時間、原因及勞工狀況)

事業單位：

負責人：

聯絡人：

聯絡地址：

聯絡電話：

(請加蓋事業單位及負責人印章)

中 華 民 國                      年                      月                      日

※ ( 符合不符合 ) 職業安全衛生法第 37 條通報規定 ( 已通報未通報 )

勞動部職業安全衛生署職業安全衛生中心 02-89956720

附件四

全權委託書

本人\_\_\_\_\_（身份證字號：\_\_\_\_\_）茲授權\_\_\_\_\_

（身份證字號：\_\_\_\_\_）代表本人辦理花蓮縣政府勞工職業災害慰助金申請事宜，該員所做之任何承諾或簽認事項直接對本人發生效力，並確認下列簽章真實無誤。

授權人簽章：

聯絡電話：

聯絡地址：

被授權人簽章：

聯絡電話：

聯絡地址：

（請黏貼授權人及被授權人身份證件影本）

授權人  
身分證件影本

被授權人  
身分證件影本

中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

附件五

未重複請領相關給付切結書

本人並未因此事故請領花蓮縣及其他縣市相關性質之補助，特立此據以資證明。

切 結 人： (簽章)

身分證字號：

聯 絡 地 址：

連 絡 電 話：

中 華 民 國                      年                      月                      日

附件六

# 領 據

事由：茲領到花蓮縣政府核發勞工職業災害慰助金（住院醫療慰助金身體障害生活慰助金死亡慰助金），計新台幣\_\_萬\_\_仟\_\_佰\_\_拾元整。

此 致

花蓮縣政府

具 領 人： (簽章)  
與勞工關係：  
身分證字號：  
聯絡地址：  
聯絡電話：

法定監護人： (簽章)  
與勞工關係：  
身分證字號：  
聯絡地址：  
聯絡電話：

中 華 民 國                      年                      月                      日