

桃園市勞工權益基金職業災害慰問金申請表

編號

申請人姓名		出生日期	民國 年 月 日	申請日期	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證統一編號 (居留證號)		與職災者之關係	
通訊地址					
申請補助項目類別	外國籍勞工： <input type="checkbox"/> 因工作場所職業災害死亡慰問金			申請人聯絡電話	電話：
	限本國籍勞工： <input type="checkbox"/> 職業災害死亡慰問金(<input type="checkbox"/> 通勤 <input type="checkbox"/> 工作場所) <input type="checkbox"/> 失能慰問金(等級 <input type="checkbox"/> 1-5 <input type="checkbox"/> 6-10 <input type="checkbox"/> 11-15) <input type="checkbox"/> 因職災傷病住院慰問金(<input type="checkbox"/> 3日或 <input type="checkbox"/> 4日以上)				傳真：
發生職災者姓名		出生日期	民國 年 月 日	職業災害發生日期 年 月 日	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證統一編號 (居留證號)		聯絡電話	電話： 傳真：
戶籍地址					
職災者服務單位				負責人姓名	
單位地址					
事業單位連絡電話	電話： 傳真：	職災發生地點			
服務單位證明欄(簡述事實發生經過)	事實經過：				<div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; display: inline-block;">服務單位印信</div> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;">負責人簽章</div>
	特此證明				(請加蓋公司及負責人章，而非勞健保專用章)
檢附文件	本國籍勞工			外國籍勞工	
	<input type="checkbox"/> 勞保被保險人投保資料表或在職證明書。(若投保單位為工會者，請加附目擊者證明書或雇主證明書)。 <input type="checkbox"/> 住院達 3 日以上醫療診斷證明書及勞保局核定通知書影本(通勤職災才須檢附)。 <input type="checkbox"/> 勞保局核定失能等級通知書影本或死亡證明書及勞動部核發職災死亡慰問金函影本。 <input type="checkbox"/> 個人戶籍謄本及身分證正反面影本。 <input type="checkbox"/> 領據(如附格式)。 <input type="checkbox"/> 郵局(或金融機構)存摺封面影本。			<input type="checkbox"/> 申請人身分證明文件正本。 <input type="checkbox"/> 親屬關係證明文件正本。 <input type="checkbox"/> 委任書正本。 <input type="checkbox"/> 繼承人如 2 人以上，請附同意由某一具領之同意書正本。 <input type="checkbox"/> 死亡證明書正本。 <input type="checkbox"/> 當事人護照及居留證影本。 <input type="checkbox"/> 申請人帳戶資料(應含海外帳戶英文名稱及銀行代碼)。 <input type="checkbox"/> 勞動部勞工保險局職災給付核定通知影本。 ※海外資料須檢附驗證及國內公證人認證之中文譯本 ※影本資料請加蓋「與正本相符」章	
※依「桃園市勞工權益基金收支保管及運用辦法」及「桃園市勞工權益基金補助要點」規定：					
<input type="checkbox"/> 本人同一申請補助項目已獲行政院勞動部補助，故同意貴府補助金額扣除前開補助，所提之有關證明文件皆無虛偽不實。若有不實，同意桃園市政府取消本補助案，並於接到通知起十日內一次繳還已領之全部補助款項，且承負一切法律責任，特立切結。					
<input type="checkbox"/> 本人同一申請補助項目從未向行政院勞動部或其他縣(市)政府申請補助亦無重複申請之情事，所提之有關證明文件皆無虛偽不實。若有不實，同意桃園市政府取消本補助案，並於接到通知起十日內一次繳還已領之全部補助款項，且承負一切法律責任，特立切結。					
(請擇一勾選)					
具結人簽章：_____				(如為法人請蓋公司及負責人章，非勞健保專用章)	
				<div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; display: inline-block;">服務單位印信</div> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;">負責人簽章</div>	

審查結果		
第 層 決 行		
承辦單位	核稿	決行

請將文件寄至：

職災發生者為本國籍勞工：桃園市桃園區縣府路1號3樓（桃園市政府勞動局勞資關係科）電話：(03) 3386225

職災發生者為外國籍勞工：桃園市桃園區縣府路1號4樓（桃園市政府勞動局外勞事務科）電話：(03) 3328233

備註1：請於職災發生日起一年內提出申請

備註2：外國籍移工適用日期為：108年7月22日