

# 中華民國紅十字會總會

## 1021 普悠瑪交通事故傷者慰問金申請表

|   |  |  |                             |                 |         |                 |      |                  |
|---|--|--|-----------------------------|-----------------|---------|-----------------|------|------------------|
| 申請時間：      年      月      日                      |  |  |                             | 編號：      (本會填寫) |         |                 |      |                  |
| 申請人資料   | 姓名   | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 身分證/居留證號                    |                 |         |                 | 出生日期 |                  |
|   |  |  |                             |                 |         |                 | 年    | 月                |
|   | 戶籍地址   |  |                             |                 |         |                 |      |                  |
|   | 聯絡地址   |  | <input type="checkbox"/> 同上 |                 |         |                 |      |                  |
|   | e-mail   |  |                             |                 |         |                 |      |                  |
| 主要聯絡人   |  | <input type="checkbox"/> 同個案本人                           |                             | 關係              |         |                 |      | 連絡電話：<br><br>手機： |
| 醫療資料<br>(請詳實填寫，並於 <input type="checkbox"/> 打V)  |  | <input type="checkbox"/> 持續住院中；醫療院所_____                 |                             |                 |         |                 |      |                  |
|   |  | <input type="checkbox"/> 已出院，共住院_____天                   |                             |                 |         |                 |      |                  |
|   |  | <input type="checkbox"/> 未住院                             |                             |                 |         |                 |      |                  |
| 檢附文件<br>(必備，檢核後請在 <input type="checkbox"/> 內勾選) |  | <input type="checkbox"/> 醫院醫療診斷證明正本，共_____份              |                             |                 |         |                 |      |                  |
|   |  | <input type="checkbox"/> 身分證正反面影本                        |                             |                 |         |                 |      |                  |
| (身分證正面影本黏貼處)                                    |  |  |                             | (身分證反面影本黏貼處)    |         |                 |      |                  |
| 注意事項  | 1. 請務必據實填具。<br>2. 本案慰問對象為 1021 普悠瑪交通事故受傷住院者。<br>3. 申請人同意本會以電話或實地訪視稽核，如有不實，自負法律責任，並返還慰問金。 |  |                             |                 | 申請人同意簽章 | (簽名蓋章)          |      |                  |
|   |  |  |                             |                 | 簽章日期    | 107 年    月    日 |      |                  |

※申請期限：自公告日起至 107 年 11 月 30 日止，申請書連同檢附文件，掛號郵寄或親送至  
紅十字會台東縣支會(台東縣台東市正氣北路 109 巷 122 號；諮詢電話：08-9355112)  
紅十字會花蓮縣支會(花蓮市文苑路 12 號 花蓮社福館 1F；諮詢電話：03-8224386)  
 紅十字會總會諮詢電話：02-23028595