

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 <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： 手機：
醫療資料 (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 (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。 2. 本案慰問對象為 1021 普悠瑪交通事故受傷住院者。 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