**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 |  | □男  □女 | | 身份證/居留證號 | | | | | | | | | | | | | | | 出生日期 |
|  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  | | |  | 年 月 日 |
| 戶籍地址 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 聯絡地址 | | □同上 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e-mail | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主要聯絡人 | | □同個案本人 | | | | | | | | 關係 | |  | | | | | 連絡電話：  手機： | | |
| 醫療資料  (請詳實填寫，  並於□打V) | | | | □持續住院中；醫療院所  □已出院，共住院 天  □未住院 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 檢附文件  (必備，檢核後 請在□內勾選) | | | □醫院醫療診斷證明正本，共 份  □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** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |