**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** |