

☐傷病 ☐身心障礙 ☐死亡 後備軍人輔導組織輔導幹部辦理 給 付 申 請 表					
姓 名		性 別		出 生 年 月 日	年 月 日
身 分 證 字 號				出 生 地	省 縣市
亡 故 、 受 傷 或 患 病 時	單 位			地 點	
	職 稱			原 因	
	部 位				
	日 期	年 月 日	治 療 醫 院		
本 職 身 分 職 務		☐ 有依本職身分請領相關給付 ☐ 無法請領相關給付			
檢 附 證 明 文 件	☐ 診斷證明書 ☐ 病歷摘要 ☐ 醫療機構治療收據 ☐ 中華民國身心障礙證明 ☐ 死亡證明書 ☐ 聘任證書、公文書或後備幹部訓練班結業證書（擇一檢附） ☐ 親屬關係證明文件 ☐ 依本職身分請領相關給付金額證明				
戶 籍 地 址					
申 請 人 簽 章					
備 考	一、本表由傷病、身心障礙之輔導幹部自行填寫。 二、由遺族申請給付者，請加註戶籍地址。				