彰化縣警察局義勇人員(義警、民防、守望相助隊、義交)福利互助請領重(傷)病住院醫療互助補助申請書

互助人姓名		任務編組	分(小)隊
住院者姓名		出生日期	年　月　日
傷病住院時間	年　月　日至　月　日 共計　日	有無親屬以同一事故向本福利委員會申請互助補助	
傷病住院地點 (院名)		本年度已核發金額	新臺幣　元
傷病住院原因 (病名)		請領補助金額	新臺幣　元

此　致

彰化縣警察局義勇人員福利互助委員會

附註：1.申請人填具申請書應依據發生事實詳實填註，必要時得通知申請人提出有關證明。 2.本表各欄填載是否屬實應由申請單位負責查證後在審查意見加註切實按語。 3.如有不實情事，申請人應負冒領之責，申請單位亦應負連帶責任。	隨附證件 診斷書　張

領據	茲　向 彰化縣警察局義勇人員福利互助委員會領到重(傷)病住院醫療補助新臺幣　萬　仟　佰零拾零元整 具領人：　(簽名或蓋章) 中華民國　年　月　日

申請人	申請單位	
	分駐(派出)所	分局(交通隊)
(簽名或蓋章) 日期 年　月　日	承辦人 單位主管	承辦人 組長 分局長

業務組	秘書組	會計組	批示
	經核符擬請補助新臺幣　元		

本申請書正本由秘書組保管