|  |
| --- |
| 馬偕醫學院 學年度第 學期教職員福利補助申請表 申請日期： 年 月 日 |
| 申請人資料 | 單位 |  | 職稱 |  |
| 姓名 |  | 員工編號 |  |
| 事 由 | 檢 附 證 件 |
| □結 婚：配偶姓名：結婚日期： 年 月 日 | 已辦理結婚登記戶籍謄本或戶口名簿影本一份 |
| □生 育：子女姓名：出生日期： 年 月 日 | 出生證明書及戶口名簿影本各一份 |
| □子女教育：詳細資料請填列於下 | 戶口名簿、學生證影本、註冊繳費收據影本各一份 |
| 子女姓名：1. \_ 2. \_\_\_\_\_3. 4. \_\_\_\_ | 高中(含五專1.2.3年級) 人專科(含五專4.5年級) 人大學 人 |
| □喪 葬：死亡者姓名： 關係：死亡日期： 年 月 日 | 死亡證明書及全戶戶籍謄本 |
| □普通傷病住院：發生日期： 年 月 日 | 診斷證明書 |
| □因公傷病：發生日期： 年 月 日 | 因公傷病報告書及診斷證明書 |
| 申請補助金額 | 新臺幣 拾 萬 仟 佰 拾 元正。  |
| 核准補助金額 | 本人依「馬偕醫學院福利措施管理辦法」請領補助，如有違反規定，除退還所領補助外，願接受有關法規議處。 具結人：  (簽名或蓋章) |
| 申請人 | 直屬單位主管 | 人事室 | 會計室 | 校長 |
|  |  |  |  |  |

附註：有關重要規定及所須檢附證件請參閱背面摘列。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 福利事項 | 說 明 | 備 註 |
| 結婚補助 | 申請金額：2000元。 | 一、夫妻同在本校服務者，限一人申請。二、已辦理結婚登記戶籍謄本或戶口名簿影本一份。 |
| 生育補助 | 申請金額：2000元。 | 一、夫妻同在本校服務者，限一人申請。二、出生證明書及戶口名簿影本各一份。 |
| 喪葬補助 | 一、申請金額：本人：10000元；眷屬：5000元。二、眷屬定義：父母、配偶、子女。 | 一、夫妻同在本校服務者，限一人申請。二、死亡證明書及全戶戶籍謄本。 |
| 子女教育補助 | 本校教職員工子女就讀高中職以上學校，但不含已婚子女及就讀於研究所者：一、大學 6,840元。二、專科(含五專4、5年級) 5,160元。三、高中職(含五專1、2、3年級) 3,600元。 | 戶口名簿、學生證影本、註冊繳費收據影本各一份。 |
| 公傷及普通傷病慰問 | 一、因公受傷慰問金1.連續住院七日以上者，發給5,000元。2.連續住院三日以上，未滿七日者，發給4,000元。3.連續住院未滿三日或未住院而須治療三次以上者，發給3,000元。二、普通傷病住院慰問金1.申請金額：2000元。2.普通傷病住院需三天(含)以上。 | 1. 因公受傷：檢附因公受傷報告書及診斷證明書。

二、普通傷病住院：檢附診斷證明書。 |