

台糖公司工會聯合會

會員 住 院 慰問(勞)金申請書
 服 役

申請日期： 年 月 日

所屬工會名稱：

會員姓名		員工編號		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	服務部門	
身份證 統一編號		出生 日期	年 月 日			行動電話	
戶籍地址	縣 市	區鄉 市鎮	路 街	段	巷	弄	號之樓
申 請 事 由	<input type="checkbox"/> 住院：自 年 月 日至 年 月 日止，共計 日 <input type="checkbox"/> 服役： 年 月 日入伍					申 請 金 額	新台幣： 仟元整
證明文件：一、診斷證明書或醫療費單據(須有住院期間註記)__張、二、公傷者單位證明__張、三、兵役軍事訓練徵集令__張							
申 請 人		經 辦		秘 書		理 事 長	

此 致

台糖公司工會聯合會

(工會條戳)

糖 聯 會 審 核	核 定 期 間	<input type="checkbox"/> 住院：自 年 月 日至 年 月 日止，共計 日 <input type="checkbox"/> 服役： 年 月 日入伍					核 定 金 額	新台幣： 仟元整
	核 定 通 知	附通知書乙紙，並將慰問(勞)金匯撥會員工會帳戶，請轉致會員。						
	主 辦	組 長	主 計 幹 事	主 計 組 長	總 幹 事	理 事 長		

說 明：

- 一、依據台糖公司工會聯合會會員慰問金申請辦法辦理。
- 二、因疾病或意外傷害住院達三日(含)以上六日以下，每人致送慰問金新台幣壹仟元整。
- 三、因公傷害住院者(需附單位證明及醫院證明)或疾病或意外傷害住院達七天以上(含)每人致送慰問金新台幣貳仟元整(持有醫院證明)。
- 四、服役者發給慰勞金新台幣壹仟元整。
- 五、各項慰問金申請補助，請於事後依照本辦法於一個月內提出申請書，填報二份，一份會員工會留存，一份送糖聯會申請(免備文請附相關證明文件)，逾期視同放棄。
- 六、本慰問金依所得稅法規定辦理申報。