

台中市語言治療師公會會員婚喪喜慶與傷病致意金申請表

申請日期：中華民國____年____月____日

會員編號		會員姓名		身分證字號	
電子信箱	*寄發入款通知用			聯絡電話	
匯款帳號	_____銀行_____分行			*限會員本人帳戶，除申請人本人喪葬弔唁金可填一等直系血親之帳戶。 (務必提供存簿影本供核對)	
	帳號：_____				
申 請 項 目					
<input type="checkbox"/> 結婚祝賀金 2,000 元 <input type="checkbox"/> 生育祝賀金 2,000 元 <input type="checkbox"/> 開業祝賀金 1,200 元 <input type="checkbox"/> 傷病慰問金 1,000 元 <input type="checkbox"/> 重大傷病慰問金 5,000 元 <input type="checkbox"/> 重大急難救助金 5,000 元 <input type="checkbox"/> 會員弔唁金 3,500 元：申請人與會員之關係為_____					
注意： ● 請檢附各類別致意金之證明文件，核發標準及規定依本會〈會員婚喪喜慶與傷病致意辦法〉辦理，會員需要入會滿一年以上方可申請。 ● 根據本會〈會員婚喪喜慶與傷病致意辦法〉第五條規範，上述致意金申請時間為事件發生日起3個月內提出申請。					
切結事項	上項申請之各項致意金，如有虛報冒領、重領、兼領等情事，切結人除退還所領款項外，並願負法律責任 <div style="text-align: right;">切結人：_____ (簽章)</div>				

-----審查紀錄(以下申請者免填)-----

公會審查	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合，說明：_____				
核准金額	新臺幣_____仟_____佰元整，核發日期：____年____月____日				
經手人	秘書長	財務委員長	理事長		