

## 油症患者遺屬撫慰金申請書 (範本)

患者資料	姓名	王○○		身分證統一編號	A123456○○○○		
	出生日期	民國(前) ○年○月○日		死亡日期	民國○年○月○日		
申請權利人清冊	1 申請權利人代表	姓名	王老太太	身分證統一編號	A222222○○○	聯絡電話	(04)222211○○
		與患者關係	夫妻	通訊地址	10341○○市○○路○○號○樓		
	2	姓名	王一	身分證統一編號	A111111○○○	聯絡電話	(04)222211○○
		與患者關係	長子	通訊地址	10341○○市○○路○○號○樓		
	3	姓名	王二	身分證統一編號	A211111○○○	聯絡電話	(04)222211○○
		與患者關係	長女	通訊地址	10341○○市○○路○○號○樓		
	4	姓名	王三	身分證統一編號	A111111○○○	聯絡電話	(04)222211○○
		與患者關係	次子	通訊地址	10341○○市○○路○○號○樓		
1.申請權利人代表切結所有申請權利人均已列入。 <u>王老太太</u> (簽章) 2.申請權利人欄位不敷使用時，請自行影印本頁，並依序列更改標示為 5、6、7.....。							
申請文件檢核表	1.	<input checked="" type="checkbox"/>	本申請書。				
	2.	<input checked="" type="checkbox"/>	申請權利人代表之身分證正反面影本。				
	3.	<input checked="" type="checkbox"/>	申請權利人超過一人時之共同委託書。				
	4.	<input checked="" type="checkbox"/>	每位申請權利人之全戶戶籍謄本各乙份。但設於同一戶籍者，僅需共同繳交乙份。				
	5.	<input checked="" type="checkbox"/>	油症患者死亡證明文件乙份(如:死亡證明書或除戶戶籍謄本。但申請權利人全戶戶籍謄本有明確記載，並加以明顯標示者，本項得免繳交)。				
	6.	<input checked="" type="checkbox"/>	申請權利人代表指定撥入撫慰金之金融機構帳戶影本 1 份。				
聲明	申請權利人代表確認上述填寫資料及檢具文件均正確屬實，如有不實，願負法律責任，並繳還不當領取之撫慰金。 <u>王老太太</u> (簽章)						
(此欄申請人請勿填寫)							
審查結果 <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 承辦人： 承辦單位主管： <span style="float: right;">機關首長：</span>							
領 據							
申請權利人共____人，由_____代表領取油症患者遺屬撫慰金，共新臺幣貳拾萬元整。 此致 衛生福利部國民健康署 申請權利人代表 _____ (簽章) 代表人之金融機構及分行名稱： 帳號： 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日							

(備註：請參考背面中華民國 104 年 7 月 24 日衛生福利部有關申請油症患者遺屬撫慰金之公告)

# 油症患者遺屬撫慰金申請書 (續頁)

患者資料	姓名	王○○		身分證統一編號	A123456○○○○		
	出生日期	民國(前) ○年○月○日		死亡日期	民國○年○月○日		
申請權利人清冊	1	姓名	王老太太	身分證統一編號	A222222○○○	聯絡電話	(04)222211○○
		與患者關係	夫妻	通訊地址	10341○○市○○路○○號○樓		
	5	姓名	王○○	身分證統一編號	A111111○○○	聯絡電話	(04)222211○○
		與患者關係	孫子	通訊地址	10341○○市○○路○○號○樓		
	6	姓名	劉○○	身分證統一編號	A211111○○○	聯絡電話	(04)222211○○
		與患者關係	外孫女	通訊地址	10341○○市○○路○○號○樓		
	7	姓名	劉○○	身分證統一編號	A111111○○○	聯絡電話	(04)222211○○
		與患者關係	外孫	通訊地址	10341○○市○○路○○號○樓		

3.申請權利人代表切結所有申請權利人均已列入。王老太太 (簽章)  
 4.申請權利人欄位不敷使用時,請自行影印本頁,並依序列更改標示為5、6、7.....。

申請文件檢核表	1.	<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書。
	2.	<input checked="" type="checkbox"/> 申請權利人代表之身分證正反面影本。
	3.	<input checked="" type="checkbox"/> 申請權利人超過一人時之共同委託書。
	4.	<input checked="" type="checkbox"/> 每位申請權利人之全戶戶籍謄本各乙份。但設於同一戶籍者,僅需共同繳交乙份。
	5.	<input checked="" type="checkbox"/> 油症患者死亡證明文件乙份(如:死亡證明書或除戶戶籍謄本。但申請權利人全戶戶籍謄本有明確記載,並加以明顯標示者,本項得免繳交)。
	6.	<input checked="" type="checkbox"/> 申請權利人代表指定撥入撫慰金之金融機構帳戶影本1份。

聲明 申請權利人代表確認上述填寫資料及檢具文件均正確屬實,如有不實,願負法律責任,並繳還不當領取之撫慰金。王老太太 (簽章)

(此欄申請人請勿填寫)

審查結果 符合 不符合

承辦人:

承辦單位主管:

機關首長:

### 領 據

申請權利人共 7 人,由 王老太太 代表領取油症患者遺屬撫慰金,共新臺幣貳拾萬元整。此致 衛生福利部國民健康署

申請權利人代表 王老太太 (簽章)

代表人之金融機構及分行名稱: 大雅郵局 0021225

帳號: 0012○○○

中 華 民 國 104 年 ○ 月 ○ 日

(備註: 請參考背面中華民國 104 年 7 月 24 日衛生福利部有關申請油症患者遺屬撫慰金之公告)

