

財團法人台灣之愛社會福利慈善公益事業基金會

235 新北市中和區連城路 258 號 10 樓之 7 電話：02-82271098

急難救助申請書

申請人姓名		性別		申請日期	年	月	日			
申請人住址				聯絡電話						
全戶收入情況	姓 名	服務單位		職 稱	每月收入金額					
曾否接受其他性質救濟金										
<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有 申請單位名稱_____										
家 屬	姓名	成人/小孩	稱謂	年齡	職業	姓名	成人/小孩	稱謂	年齡	職業
工 作 經 驗	就業記錄		公司名稱		職稱	薪資	任職期間		離職原因	
	1. 前一個公司									
	2. 前二個公司									
	3. 前三個公司									
本人以上所填各項資料及提供之證件、單據均為屬實。否則願負法律責任。填寫人：_____										
急 難 實 況	(請推薦機關詳述)									
	以上所填各項資料及提供之證件、單據均為屬實。否則願負法律責任。填寫機關及填寫人：_____									
附急難證明文件				份		申請項目		<input type="checkbox"/> 醫療救助 <input type="checkbox"/> 急難救助 <input type="checkbox"/> 喪葬補助 <input type="checkbox"/> 生活補助		
評 審 意 見					發給金額		新台幣 貳萬 元			
					發給日期		年 月 日			
					領據號碼					
備 註	1. 扶養人數如超過六名請附浮頁。2. 推薦機關及推薦機關主管請蓋公印並正楷簽名。 3. 急難實況務必詳細填寫為禱。4. 其他有關事項如有疑問，歡迎電話查詢或來函指教。									