

臺北市湖南同鄉會

貧困急難慰助申請表

年 月 日

姓名		會員證號		年齡	
				籍貫	
地址				電話及手機	
慰助事由	<input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 亡故 往生日期:			申請人簽章	
領款人簽章	銀行及帳號		承辦單位		
審查意見 社工會					
核示					

身分證影本
正面

身分證影本
背面

郵局或銀行帳戶影本

備註：

1. 本會正式會員資格
2. 本會會員住院一年僅能申請一次(請附上出院診斷證明，三個月有效)
3. 本會會員亡故者申請(請附上死亡證明及除戶戶騰正本，六個月有效)
4. 以上申請人請提供銀行或郵局帳戶影本 (匯款使用)
5. 申請人請提供身分證影本，若非會員請提供與會員關係資料 (例如戶騰影本)
6. 本會辦公室地址：100 中正區汀州路三段 50 之 1 號一樓
7. 本會會址：100 台北市中正區汀州路三段 56 號二樓
8. 本會電話：2368-7780 2367-6403 傳真：2367-1649