

附表

## 臺北市義務役及替代役役男住院慰問金申請表

役男基本資料	姓名		申請日期				
	國民身分證 統一編號		出生年月日				
	徵集別	<input type="checkbox"/> 常備役(軍事訓練) <input type="checkbox"/> 替代役	服役(勤) 單位				
	戶籍地址		聯絡電話				
申請內容	就診醫院						
	就診時間						
	傷病原因	<input type="checkbox"/> 因公傷病住院 <input type="checkbox"/> 因病或意外致傷病住院					
	住院 起迄日期	起	年	月	日	計	日
備註： 一、申請者辦理方式： （一）本市籍義務役，向戶籍地區公所提出申請，並由區公所轉發。 （二）非本市籍於本府各機關服勤之替代役役男，向服勤單位提出申請，並由該單位轉發。 二、請於出院後3個月內，檢附註明住院起迄日期診斷證明書（診斷證明書若為影本，請加蓋與正本相符）提出申請，慰問金之發給，以同一病名核發1次為限。							

申請人：

單位承辦人：

單位主管：