

嘉義縣政府及所屬機關學校公務人員執行職務 意外受傷住院醫療補助遺族領受同意書

因_____先生（女士）係為_____（機關/
單位）現職人員，於中華民國_____年_____月_____日死
亡，其具申領醫療補助權利之遺族均同意由_____代
表領受醫療補助，且全體遺族均無異議；如有不實，
願負一切責任；恐口說無憑，特立此書以資證明。

此致

嘉義縣政府

遺族：（夫或妻），

【含（稱謂），姓名】簽名

遺族：（長子），

【含（稱謂），姓名】簽名

遺族：（長女），

【含（稱謂），姓名】簽名

遺族：（次子），

【含（稱謂），姓名】簽名

遺族：（次女），

【含（稱謂），姓名】簽名

遺族：（三子），

【含（稱謂），姓名】簽名

遺族：（三女），

【含（稱謂），姓名】簽名

以上遺族_____未成年，由本人任法定代理人：

簽名

以上遺族_____受監護宣告，由本人任監護人：

簽名

中 華 民 國

年

月

日