

臺中市大肚區公所 年度編制內四十歲以上之現職公務人員健康檢查補助費申請表

申請日期： 年 月 日

申請人職稱		姓 名		出生年月日	民國	年	月	日	
健檢機構名稱		檢查日期	年	月	日	前次檢查日期	年	月	日
申請補助金額	新台幣	仟	佰	拾	元整	每 2 年補助一次，每次以 3500 元為限，未滿 3500 元者，則按其實際支出數額補助之。			
檢附文件及相關注意事項	1. 檢附繳費單據正本、請假單影本及補助聲明書。 2. 受檢人應在事實發生後 1 個月內提出申請補助費用，逾期不予受理。								
直屬單位主管	人事單位	出納單位	主計單位	機關首長					

茲領到

臺中市大肚區公所發給健康檢查補助費新台幣

元整

具領人：

(簽章)