

# 臺中市立外埔國民中學\_\_\_\_\_年度公教人員健康檢查補助費申請表

申請日期： 年 月 日

職 稱		姓 名		生日	年 月 日
申 請 項 目	_____年度公教人員健康檢查補助費（前次申請係_____年_____月_____日）				
檢 附 證 件	<input checked="" type="checkbox"/> 健康檢查繳費收據正本				
請求補助金額	新台幣參仟伍佰元整				
核准補助金額	新台幣參仟伍佰元整				
<p>茲領到公教人員健康檢查補助費新台幣參仟伍佰元整</p> <p>具領人：（簽名或蓋章）_____</p>					
申 請 人	人 事 室	會 計 室	校 長		
單 位 主 管	出 納 組				

- 一、補助對象為 40 歲以上編制內公教人員，請於合法設立之公私立醫療院所或機構進行健康檢查。（於年度內已申請他項健檢補助者，不得再行申請本補助）
- 二、請於健康檢查完成後 1 個月內填寫本表並檢附健檢繳費收據正本申請補助。
- 三、公教人員健康檢查補助費將視本校經費狀況，最多每兩年補助一次。