

受理編號：

(附件3)

承辦人：

補發受扶養眷屬加給給付或津貼申請書

本人 前於 年 月 日申請 失業給付 職業訓練生活津貼，因申

報之眷屬資料 未申報 經貴局審查資格不符，茲向貴局重新申報下列眷屬資料，

請惠予補發加給失業給付或職業訓練生活津貼。

受扶養眷屬資料	眷屬姓名	身分證統一編號	出生日期	年	月	日
	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	與申請人關係	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 未滿20歲子女 <input type="checkbox"/> 身心障礙子女		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 工作收入	
	眷屬姓名	身分證統一編號	出生日期	年	月	日
	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	與申請人關係	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 未滿20歲子女 <input type="checkbox"/> 身心障礙子女		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 工作收入	

應備書件：

1. 戶口名簿影本或其他身分證明文件影本。
2. 受扶養眷屬為身心障礙者，應檢附社政主管機關核發之身心障礙證明影本。

以上各欄均據實填寫，為審核給付需要，同意勞動部勞工保險局可逕向衛生福利部中央健康保險署或其他有關機關團體調閱相關資料，另所列之眷屬確實受本人扶養且無工作收入，若有不實致溢領保險給付，本人同意將所領款項如數返還勞動部勞工保險局，亦同意勞動部勞工保險局逕自本人得領取之保險給付中扣除繳還。

申請人：



(簽名或蓋章)

身分證統一編號：

中華民國 年 月 日

※ 有受扶養眷屬者，每一人按申請人離職辦理退保之當月起前6個月平均月投保薪資10%加給給付或津貼，最多計至20%。

※ 填寫內容如有疑義請電洽本局(電話：(02)2396-1266轉分機2862)。各項欄位請覈實填寫，如有偽造、詐欺等不法行為者，將移送司法機關辦理。

※ 郵寄或送件地址：10013臺北市中正區羅斯福路1段4號「勞動部勞工保險局」收。