

身份別：舊申請 新申請



基隆市藥師公會  
KEELUNG PHARMACIST ASSOCIATION

# 重陽禮金申請書

申請書效期至 113.09.30 止

領取期限：113.10.03-113.10.31

粗框線內資料請以正楷逐欄填寫，並回傳到 02-24217388 為確保您的權益請來電 02-24229881 確認傳真資料

會員姓名			會員行動電話 (申請通過將以簡訊通知)		
會員地址					
申請對象 姓名	①	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母	出生年月日 【38年10月12日(含)以前】	____年____月____日	
	②	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母		____年____月____日	
申請資格：凡年滿 75 歲以上(當年度九九重陽【月/日】為基準)會員或會員之直系血親尊親屬(限一等親)，發放重陽敬老金 800 元。					
證明文件 (舊申請免附)	<input type="checkbox"/> 戶口名簿影本乙份				
	<input type="checkbox"/> 身份證正反面影本(會員及直系血親尊親屬)各乙份				
領取方式：(領取時間：10/03~10/31，逾期視同放棄)					
<input type="checkbox"/> 現金：親至公會領取(到會前請先以電話查詢，以免途勞往返)					
<input type="checkbox"/> 轉帳 (需扣除匯費)：解款行：_____銀行_____分行					
帳號：_____戶名：_____					
申請日期：			申請人蓋章：		
核定	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 未通過(原因：_____)				
常務監事		理事長		承辦人	

(表格如不敷使用，請自行複印。)