

(機關名稱)公務人員執行職務意外失能或死亡證明書

中華民國 年 月 日

姓名		職稱		出生日期	民國 年 月 日
----	--	----	--	------	----------

傷亡情形	<input type="checkbox"/> 失能	<input type="checkbox"/> 死亡
------	-----------------------------	-----------------------------

事實經過	
------	--

人事主管 職章或 職名章	機關(構) 首長 職章或 職名章
--------------------	---------------------------

填寫說明：

- 一、本證明書依公務人員執行職務意外傷亡慰問金發給辦法第 15 條之規定訂定。
- 二、事實經過應詳細填寫，如有偽報、偽證或明知不實而仍予核轉，經查明屬實者，依法議處。
- 三、本證明書由機關(構)首長及人事主管蓋章，並加蓋機關印信。