

(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 失能 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。