



社團法人臺南市三清功德會



無力殮葬弱勢族群善款勸募

南市社團字第:1120436903 號 統一編號:92427853 勸募字號衛部教字:1131360270

113年04月08日施棺救助案件申請書

案號:113-04-0301

案主:故顏■■敏夫人(70歲)

申請人:顏■■奇(兒子)

亡者生病兩年多，兒子只剩一個，女兒都有家庭或工作壓力負擔。目前兒子為家中支柱要負責母親醫療費用，雖然兒子有固定薪資但是都會支出出去，沒有多餘的錢能夠應急這份葬儀費用。

因案主無法負擔喪葬費，需外界幫忙度過難關。

擇國曆 4/15 農曆 3/7 星期一

發放善款，案主無法負擔喪葬費用，懇求社會大眾給予協助，感恩

聯絡電話: ■■■■■■ (兒子: 顏■■奇)



死亡證明書

病歷號碼: 5-8367
死亡證字: 1

證明書開具單位填寫						
(一)姓名	顏 敏	(二)性別	女	(三)	本國籍	國民身分證統一編號
					外國籍	護照號碼
						居留證統一證號
(四)戶籍地址	台南市新營區					
(五)出生時間	民國 44 年 (出生後未滿24小時死亡者需填寫時分)					
(六)死亡時間	民國 113 年 04 月 03 日 18 時 51 分					
(七)死亡地點及場所	<input checked="" type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所 <input type="checkbox"/> 長期照護或安養機構 <input type="checkbox"/> 住居所 <input type="checkbox"/> 其他					
(八)死亡方式	<input checked="" type="checkbox"/> 自然死(純粹僅因疾病或自然老化所引起之死亡) <input type="checkbox"/> 意外死 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 他殺 <input type="checkbox"/> 不詳					
(九)死亡者行職業	在何處工作從事何種行業			擔任何種工作及職務		
	空白			空白		
(十)懷孕情形(如死者為女性)	<input checked="" type="checkbox"/> 於過去一年未懷孕 <input type="checkbox"/> 懷孕中死亡 <input type="checkbox"/> 懷孕終止或結束之42天內死亡 <input type="checkbox"/> 懷孕終止或結束後43天至1年內死亡 <input type="checkbox"/> 不清楚過去一年是否懷孕					
(十一)死亡原因：儘量不要填寫症狀或死亡當時之身體狀況：如心臟衰竭、身體衰弱 1. 直接引起死亡之疾病或傷害： 甲、肝及肝內膽管之續發性惡性腫瘤 先行原因：(若有引起上述死因之疾病或傷害) 乙、(甲之原因) 丙、(乙之原因) 丁、(丙之原因) 2. 其他對於死亡有影響之疾病或身體狀況(但與引起死亡之疾病或傷害無直接關係者)					發病至死亡概略時間	
以上事實確無訛特此證明 醫師姓名：陳 證書字號：醫 醫院(診所)名稱： 開業執照字號：南市衛院字第1 號12號 醫療院所代碼：11 12 院所住址：						
中 華 民 國 壹 佰 壹 拾 參 年 肆 月 參 日					<input type="checkbox"/> 依戶籍法第14條及死亡資料通報辦法第4條規定網路傳輸	

註：死因將來如發現錯誤，惟錯誤係在當時難以避免情況下發生時，診斷者不負法律上之責任。
 注意事項：一、請於死亡事件發生30日內，攜此證明向任一戶政事務所辦理死亡登記，以免逾期受罰。
 二、為避免承受不必要的繼承債務，宜注意在法律規定時間內向法院聲請辦理拋棄繼承。

臺南市 新營區 中低收入戶證明書

列印日期：113/03/25

申請日期	113年01月01日
戶長姓名	顏敏
身分別	中低收入戶
戶籍地址	730臺南市新營區
通訊地址	臺南市新營區
核定日期	113年01月01日
核准日期及文號	

1. 本證明書有效期限最長為113年12月31日
2. 惟期間如資格註銷，以實際核定註銷日期為本證明有效截止日，逾期無效。

序號	稱謂	姓名	身分證字號	出生日期	列冊期間
1	戶長	顏敏		44/	113/01~113/12(中低收入戶)
2	夫	顏		30/	113/01~113/12(中低收入戶)

鄉鎮市區長：

(核章)

區長翁

