

(機關名稱)公務人員因公					失能 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			
失 能 或 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因公傷亡慰問金發給辦法第 13 條之規定訂定。
- 二、失能或死亡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。