

花蓮縣政府 函

地址：970270花蓮縣花蓮市府前路17號
承辦人：黃淑貞
電話：03-8227171#306
傳真：03-8220602
電子信箱：pn7516@hl.gov.tw

受文者：花蓮縣花蓮市明恥國民小學

發文日期：中華民國111年7月6日

發文字號：府人福字第1110131365號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

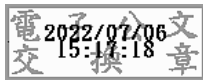
附件：如主旨（376550000A_1110131365_ATTACH1.pdf、
376550000A_1110131365_ATTACH2.pdf、376550000A_1110131365_ATTACH3.pdf、
376550000A_1110131365_ATTACH4.pdf）

主旨：有關「公教人員保險失能給付標準」附表業經銓敘部111
年6月29日部退一字第11154674421號令修正發布；檢送發
布令影本、修正附表、總說明及對照表各1份，轉請查
照。

說明：依據銓敘部111年6月29日部退一字第11154674423號函辦
理。

正本：本府所屬一-二級機關、本縣各鄉鎮市公所、花蓮縣立體育高級中等學校、本縣
各公立國民中-小學、本縣各鄉鎮市民代表會、本府各處

副本：



111/07/07



1110002859