

臺中市政府慰問執行嚴重特殊傳染性肺炎防疫公務致受隔離或感染計畫

受隔離或感染嚴重特殊性肺炎慰問金申請書

申請人姓名		出生日期	民國 年 月 日	申請日期	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他	身分證統一編號 (居留證號)		本人 (或與受隔離 或感染者之關 係)	
通訊地址					
申請慰問金 項目類別	<input type="checkbox"/> 受隔離者 <input type="checkbox"/> 致感染嚴重特殊傳染性肺炎者 <input type="checkbox"/> 因感染嚴重特殊傳染性肺炎致死亡者	申請人 聯絡電話		電話(手機)： 傳真：	
受隔離或 感染者姓名		出生日期	民國 年 月 日	發生日期： 年 月 日	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他	身分證統一編號 (居留證號)	聯絡電話	電話： 傳真：	
戶籍地址					
受隔離或 感染者 服務機關					
機關地址					
服務機關 連絡電話	電話： 傳真：	發生 地點			
服務機關證明	事實經過：				

<p>欄(簡述事實 發生經過)</p>	<div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;"> <p>服務機關 印信</p> </div> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; display: inline-block;"> <p>首長 簽章</p> </div>
<p>特此證明</p>	

<p>檢附 文件</p>	<p>受隔離者</p>	<input type="checkbox"/> 1.各級衛生主管機關開立之指定處所(居家)隔離通知書(證明文件)影本 <input type="checkbox"/> 2.服務機關出具係因執行防疫公務致進行隔離措施之證明文件 <input type="checkbox"/> 3.國民身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 4.領據(如附件三) <input type="checkbox"/> 5.金融機構或郵局存摺封面影本
	<p>感染嚴重特 殊傳染性肺 炎者</p>	<input type="checkbox"/> 6.同上 3-5 <input type="checkbox"/> 7.各級衛生主管機關開立之隔離治療通知書，如無者免附 <input type="checkbox"/> 8.醫院出具感染嚴重特殊傳染性肺炎之診斷證明書 <input type="checkbox"/> 9.服務機關出具係因執行防疫公務致感染嚴重特殊傳染性肺炎之證明文件
	<p>發給對象死 亡，由法定 繼承人申請</p>	<input type="checkbox"/> 10.同上受隔離者或致感染嚴重特殊傳染性肺炎者應檢附之文件 <input type="checkbox"/> 11.死亡者除戶戶籍謄本 <input type="checkbox"/> 12.全戶戶籍謄本(應能檢視與死亡者之遺族關係)

※海外資料須檢附驗證及國內公證人認證之中文譯本

※影本資料請加蓋「與正本相符」章

※依「臺中市政府慰問執行因嚴重特殊傳染性肺炎防疫公務致受隔離或感染計畫」規定：

本人所提之有關證明文件皆無虛偽不實。若有不實，同意臺中市政府撤銷本慰問金，並於接到通知起十日內一次繳還已領之全部款項，且承負一切法律責任，特立切結。

服務機關
印信

首長
簽章

具結人簽章：

審查結果

符合

不符合

第 層決行

承辦單位

核稿

決行

備註：如有相關問題，請洽臺中市政府衛生局人事室 陳小姐，電話：04-25265394 #5821