

嚴重特殊傳染性肺炎隔離檢疫期間防疫補償申請書

申請日期 年 月 日
備齊文件日期 年 月 日

受理 編號	
----------	--

申 請 人	申請人名 姓	出生 日期	民國 年 月 日	身 分 證 統 一 編 號																
	<input type="checkbox"/> 同上 受隔離 (檢疫)者 姓 名	出生 日期	民國 年 月 日	身 分 證 統 一 編 號	護 照 或 居 留 證 號 碼															
資 料 填 寫 欄	申請人與受隔離(檢疫)者關係： _____		受隔離或檢疫結束時之地址： <input type="checkbox"/> 同通訊地址 <input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <div style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div> - <div style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																	
	室內電話：() 行動電話： 電子郵件：		通訊地址： <div style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div> - <div style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																	
資 料 填 寫 欄	一、 <input type="checkbox"/> 受隔離或檢疫者	1. 本人因嚴重特殊傳染性肺炎經衛生主管機關強制 <input type="checkbox"/> A. 居家隔離 <input type="checkbox"/> B. 居家檢疫 <input type="checkbox"/> C. 集中隔離 <input type="checkbox"/> D. 集中檢疫，隔離、檢疫期間無違反隔離或檢疫之相關規定。 2. 於接受隔離或檢疫期間 (1)無支領薪資 _____日 (2)有支領薪資 _____日												隔 離 或 檢 疫 期 間 (隔 離 或 檢 疫 通 知 書 所 載 日 期)	自 年 月 日 至 年 月 日					
	二、 <input type="checkbox"/> 照顧者(與受隔離或檢疫者關係： _____)	1. 本人為照顧下列生活不能自理之受隔離或檢疫者之家屬，而 <input type="checkbox"/> 請假或 <input type="checkbox"/> 無法從事工作(擇一勾選)，確實有照顧之事實。 <input type="checkbox"/> A. 依長期照顧服務法第八條規定接受長期照顧需要等級評估，其失能等級為第二級至第八級者。 <input type="checkbox"/> B. 經神經科或精神科醫師出具確診為失智症之診斷證明書者。(檢附診斷證明書) <input type="checkbox"/> C. 接受社區照顧服務或個人助理服務之身心障礙者。 <input type="checkbox"/> D. 所聘僱之外籍家庭看護工，經醫師確診罹患嚴重特殊傳染性肺炎或其他因素不能提供服務，需由家屬照顧者。(檢附外籍家庭看護工聘僱許可函影本、醫師診斷證明書或其他因素不能提供服務之證明或切結書) <input type="checkbox"/> E. 國民小學學童或未滿十二歲之兒童。(十二歲以上就讀國民小學之學童檢附就學證明) <input type="checkbox"/> F. 就讀國民中學、高級中等學校或五年制專科學校前三年級之身心障礙者。(檢附學生證正反面影本) <input type="checkbox"/> G. 其他經中央衛生主管機關認定者。 2. 於照顧期間 (1)無支領薪資 _____日 (2)有支領薪資 _____日												照 顧 日 期 (請 假 及 無 支 領 薪 資 證 明 所 載 日 期)						
1. 以上所述事實及證明文件皆屬實在，如有不實，願負相關民、刑事法律責任，並返還補償金。 2. 如有基於個案評估及審核之必要，同意授權主管機關得調閱本人及家屬之戶籍、保險、社會福利給付等有關資料。																				
申請人簽名或蓋章： _____ <div style="border: 1px dashed black; width: 60px; height: 40px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div> 法定代理人簽名或蓋章： _____ <div style="border: 1px dashed black; width: 60px; height: 40px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div>																				

身分證 證明 文件	…………請於下貼上申請人之國民身分證正反面影本(非本國籍人貼居留證或護照影本)…………									
	國民身分證(居留證或護照)正面影本黏貼處	國民身分證(居留證)反面影本黏貼處								
撥款 方式 (請 勾 選 一 項)	…………浮貼申請人本人或其法定代理人之郵局或金融機構之存簿封面影本處…………									
	<input type="checkbox"/> 1. 匯入申請人本人或其法定代理人之郵局存簿帳戶 局號：□□□□□□—□ 帳號：□□□□□□—□									
	<input type="checkbox"/> 2. 匯入申請人本人或其法定代理人之金融機構存簿帳戶 金融機構名稱：_____銀行_____分行									
	<table border="1"> <tr> <td>總代號</td> <td>帳號</td> <td>金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)</td> </tr> <tr> <td>□□□□</td> <td>□□□□</td> <td>□□□□□□□□□□□□□□□□</td> </tr> </table>	總代號	帳號	金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)	□□□□	□□□□	□□□□□□□□□□□□□□□□	<table border="1"> <tr> <td>金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)</td> </tr> <tr> <td>□□□□□□□□□□□□□□□□</td> </tr> </table>	金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)	□□□□□□□□□□□□□□□□
總代號	帳號	金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)								
□□□□	□□□□	□□□□□□□□□□□□□□□□								
金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)										
□□□□□□□□□□□□□□□□										
	備註： 1. 請 優先 提供郵局存簿帳戶。 2. 受隔離或檢疫者倘為未成年人或受監護宣告者，得檢附法定代理人或監護人之金融帳戶存摺封面影本。									
申請 檢 附 文 件 、 資 料	一、受隔離或檢疫者	<input type="checkbox"/> 國民身分證(非本國籍人為居留證或護照)正本(僅供現場查驗) <input type="checkbox"/> 受雇人請假及無支領薪資之證明正本，或 <input type="checkbox"/> 非受雇人無法從事工作及無獲得報酬、補償之切結書(擇一勾選) <input type="checkbox"/> 必要出國之相關文件、資料(一百零九年三月十七日後出境，返國後接受居家隔離或檢疫者應附) <input type="checkbox"/> 其他經中央衛生主管機關指定之文件、資料								
	二、照顧者	<input type="checkbox"/> 國民身分證(非本國籍人為居留證或護照)正本(僅供現場查驗) <input type="checkbox"/> 受雇人請假及無支領薪資之證明正本，或 <input type="checkbox"/> 非受雇人無法從事工作及無獲得報酬、補償之切結書(擇一勾選) <input type="checkbox"/> 生活不能自理之受隔離或檢疫者證明文件(以下請擇一勾選)： <input type="checkbox"/> 神經科或精神科醫師出具確診為失智症之診斷證明書 <input type="checkbox"/> 外籍家庭看護工聘僱許可函影本、醫師診斷證明 <input type="checkbox"/> 就學證明 <input type="checkbox"/> 學生證正反面影本 <input type="checkbox"/> 照顧者為家屬之相關證明(所定家屬指二親等內之血親、姻親或民法第一千一百二十三條所定之家長、家屬) <input type="checkbox"/> 其他經中央衛生主管機關指定之文件、資料								