

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				身 分 證 統 一 編 號																
請 資 料 填 寫 欄	受 隔 離 (檢 疫) 者 姓 名	出生 日期	民國 年 月 日	身 分 證 統 一 編 號																	
	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 []-[]																			
資 料 填 寫 欄	室內電話：() 行動電話： 電子郵件：	通訊地址： []-[] 戶籍地址： <input type="checkbox"/> 同通訊地址 []-[]																			
	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： _____										[]	法定代理人簽名或蓋章： _____										[]

