

受理單位填寫
受理日期： 年 月 日
案件編號：

附件 2

衛生福利部嚴重特殊傳染性肺炎集中檢疫津貼補償申請總表

申請機關： _____

申請日期： _____

序號	徵調場所	員工姓名	本次申請津貼期間	津貼基準(A)	申請日/班數(B)	申請津貼金額(A×B)	申請人簽章
1	00 檢疫場所	王大明	109/01-109/03	5000	5	25,000	(範例)
申請津貼金額總計(C)							
備註：							

填表人： _____ (簽章) 人事主管： _____ (簽章) 會計主管： _____ (簽章)

機關主管： _____ (簽章)