附件 4

衛生福利部嚴重特殊傳染性肺炎

專案返臺隨機檢疫小組人員津貼補償申請書

申請人	姓　　名		出生日期	
	身分證字號		聯絡電話	市話： 手機：
	任職機關		職　　稱	
	聯絡地址			
	徵調地點			
	專案任務期間			

適用對象	申請津貼日/班數 (請提供出勤證明)	申請津貼金額
□醫師：新臺幣 10,000 元/日 □護理人員：新臺幣 5,000 元/班(日) □其他醫事人員：新臺幣 2,000 元/日 □其他人員：新臺幣 1,500 元/日	日/班	元 (　　元/日(班) x　　日(班))

檢附文件	□徵調處分書(函)影本　□領據 □出勤證明(簽到/退單或日誌)影本　□個人金融帳戶存摺封面影本

申 請 人：　　(簽名或蓋章) 倘申請人亡故請法定繼承人其中一方簽名或蓋章。

法定繼承人：　　(簽名或蓋章)

□已取得其他繼承人同意，授權由本人代表申請及領取津貼款項

申請日期：　　年　　月　　日

備註：

1. 依照民法第 148 條:「權利之行使,不得違反公共利益,或以損害他人為主要目的(第 1 項)。行使權利，履行義務，應依誠實及信用方法（第 2 項）。」之規定，如有違反而致生損害，需自負法律相關責任。
2. 完成申請表填列後，請依規範檢附所需文件，送交本部疾病管制署申請。
3. 依指定徵用設立檢疫隔離場所及徵調相關人員作業程序與補償辦法第 11 條規定，倘申請人亡故，得由法定繼承人填列申請書，並檢附具領人身分證明文件（如身分證）影本、證明與申請人關係文件（戶口名簿/戶籍謄本/除戶謄本/符合民法第 1138 條至 1140 條規定之繼承系統表）影本及出具全部繼承人簽署同意代表領取津貼之領據暨切結/同意書(如附件 6)，送交原服務單位窗口，由申請機關認定具領資格及申請；若有其他繼承人聲明異議或致生損害，由立切結書人自負法律相關責任。