

財團法人護理人員防疫基金會
護理人員因工作感染傳染病之慰問申請

會員姓名			性別	
身份證字號		出生年月日	民國	年 月 日
連絡地址				
服務單位				
電子信箱		聯絡電話	市話：	
			手機：	
所屬護理公會		會員號		
申請人姓名		與會員關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> _____	
申請日期	年 月 日	事故發生日期	民國	年 月 日
申請項目 (擇一)	<input type="checkbox"/> 感染新興法定傳染病(新台幣壹萬元) <input type="checkbox"/> 感染新興法定傳染病致職業災害傷殘(新台幣伍萬元)			
簡述申請補助 原由				
檢附相關文件	<input type="checkbox"/> 新興法定傳染病醫院診斷證明書 <input type="checkbox"/> 職業災害傷殘鑑定相關證明文件 <input type="checkbox"/> 銀行存摺影本			
服務機構主管 審查簽章				
執行長審查	審查結果： <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 原因_____ 簽章：_____			
董事長審核	審核結果： <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 原因_____ 簽章：_____			
備註	一、 請檢附符合慰問事實之證明文件。 二、 申請職業災害傷殘者，需檢附職業災害傷殘鑑定相關證明文件。			