

桃園市急救責任醫院執行嚴重特殊傳染性肺炎防治工作慰問金申請表

申請日期：

醫院名稱(全銜)：

醫院負責人：

醫院地址：

統一編號：

聯絡人姓名/電話：

急救責任醫院：☐ 重度級 ☐ 中度級 ☐ 一般級

簡述事實發生經過：(請加蓋醫院關防及負責人章，而非勞健保專用章)

特此證明

※應檢附文件如下

- ☐ 領據
- ☐ 清空(銷)證明(收據、發票或照片)
- ☐ 急救責任醫院執行嚴重特殊傳染性肺炎防治工作慰問金清冊
- ☐ 急救責任醫院執行嚴重特殊傳染性肺炎防治工作慰問金名冊(醫事人員)
- ☐ 急救責任醫院執行嚴重特殊傳染性肺炎防治工作慰問金醫療照護說明
- ☐ 急救責任醫院執行嚴重特殊傳染性肺炎防治工作慰問金名冊(非醫事人員)

以下為衛生機關審核之用，請勿填寫

審查結果

☐ 符合☐ 不符合

第 層決行

承辦單位

核稿

決行

請將文件寄至：

桃園市桃園區縣府路55號(桃園市政府醫事管理科收)電話(03)334-0935轉2308