

附表

住宿式機構受嚴重特殊傳染性肺炎影響營運困難停業之補貼申請表

申請日期 年 月 日

受理
編號

申請機構名稱		機構負責人	
機構統一編號		設立許可文號	
機構地址	□□□-□□		
聯絡人		聯絡電話	
申請資格 (機構類型)	<input type="checkbox"/> 機構住宿式服務類長期照顧服務機構或設有機構住宿式服務之綜合式長期照顧服務機構。(機構代碼: _____) <input type="checkbox"/> 團體家屋。 <input type="checkbox"/> 老人福利機構。 <input type="checkbox"/> 身心障礙福利住宿機構。 <input type="checkbox"/> 兒童及少年福利安置及教養機構。		
申請項目 (可複選)	補貼停業原因存續期間所應支出之 <input type="checkbox"/> 基本人事費 _____ 元。 <input type="checkbox"/> 維持費 _____ 元。		
檢附資料	<input type="checkbox"/> 領據。 <input type="checkbox"/> 人員薪資證明。 <input type="checkbox"/> 各項維持費之證明。 <input type="checkbox"/> 中央流行疫情指揮中心或主管機關書面通知停業函影本。 <input type="checkbox"/> 其他相關損失證明文件、資料。		
(其他補充事項)			
是否符合 紓困標準	<input type="checkbox"/> 受中央流行疫情指揮中心或主管機關書面通知停業而業務中斷致生損失。 <input type="checkbox"/> 其他特殊狀況，經中央衛生主管機關或其委任、委託之機關(構)專案認定。		

上述資料經申請單位確認：

(簽章)

備註：

1. 實際補貼金額，以中央主管機關核算為準。
2. 已依傳染病防治法或其他法令規定領取性質相同之補貼或補助者，不得重複申請。

地方主管機關 初審意見	
----------------	--

地方主管機關承辦人員及聯絡電話：

(簽章)

地方主管機關首長簽章：

(簽章)