

附件

臺南市政府教育局所屬學校及幼兒園急難慰問金發給申請書

學校名稱：

學校聯絡電話及分機：

填表日期： 年 月 日

學生(幼兒) 姓名		生日	年 月 日	身分 證字號		性別	
父親姓名		聯絡地址		聯絡 電話	住宅：		
母親姓名					手機：		

家庭狀況(含親生父母親、兄弟姐妹)

稱謂	姓名	存 歿	年齡	身分證字號	就業單位或就讀學校	備註

急難慰問金之發給標準及金額如下

- (一)學生及幼兒因疾病或意外死亡者，發給新臺幣二萬元。
- (二)學生及幼兒因疾病或意外傷害住院七日以上者，發給新臺幣一萬元。符合全民健保重大傷病標準者，發給新臺幣二萬元。
- (三)其他造成學生及幼兒家庭經濟重大負擔之情形，發給新臺幣二萬元。
因同一事實申請者，前項各款急難慰問金，僅得擇一領取，並以發給一次為限。
第一項各款事由因學生及幼兒或家長故意所致者，不予發給急難慰問金。

學 校	承辦人	教 育 局	業務 單位	會計室	機關 首長	
	單位 主管					
	校長					