

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						