

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 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	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。						
承辦人			單位 主管		校長	