領　　據

受領事由：衛生福利部嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）

死亡喪葬慰問金

死亡者姓名：

死亡者身分證統一編號：

金　　額：新臺幣壹拾萬元整

受領人姓名：

與死亡者關係：

國民身分證統一編號：

電　　話：

戶籍地址：　縣(市)　鄉(鎮、市、區)　里　鄰

路(街)　段　巷　弄　號　樓

通訊地址：□同戶籍地址

□　縣(市)　鄉(鎮、市、區)　里　鄰

路(街)　段　巷　弄　號　樓

請詳細閱讀以下內容及據實填寫，簽章後表示您已知悉並同意以下內容：

1.死亡者本人尚有：□配偶　□子女＿人　□父母＿人

□兄弟姐妹＿人　□祖父母＿人　□孫子女＿人

2.受領人本人為此次慰問金第＿順位之代領人，將對領取本慰問金乙事，盡告知其他共同領受人之義務。

3.同意授權本部於必要時向內政部查調相關戶政資料。

申請人簽章：

(如申請人為未成年者，法定代理人應共同簽名)

中華民國　年　月　日

□ 郵局或金融機構名稱：　(慰問金匯款帳戶，戶名應同受領人)

分行別　帳號：

□ 如為警示戶或凍結帳戶，由衛生福利部寄送匯票至通訊地址。