

財團法人護理人員防疫基金會
護理人員因工作感染傳染病慰問金申請辦法

101年3月26日第3屆第4次董事會議通過
109年3月31日董事會書面審查資料
109年5月20日第6屆第3次董事會議通過
111年5月20日第6屆第7次董事會議通過

一、目的

依據本會章程第三條為提供護理人員因公感染法定傳染病之補助，特訂定護理人員因工作感染傳染病慰問金申請辦法(以下簡稱本辦法)。

二、對象：

- (一)全國各直轄市及縣市護理師護士公會會員，因執行新興法定傳染病防疫工作，致感染確診住院治療者。
- (二)其他法定傳染病感染特殊個案，另以專案申請。

三、金額：

- (一)感染新興法定傳染病住院治療者，每人慰問金新臺幣壹萬元整。
- (二)因感染新興法定傳染病導致職業災害傷殘者，每人慰問金新臺幣伍萬元整。

四、申請辦法：

- (一)由個人或服務單位向本基金會申請。
 - (二)檢附「護理人員因工作感染傳染病慰問金申請表」及「住院診斷證明書」。
 - (三)申請職業災害傷殘慰問金者，需另檢附職業災害鑑定相關證明文件。
- 所有個人資料皆以密件處理，以維護個人隱私權。

五、申請慰問金案經執行長審查通過，呈請董事長核准後撥款。

六、本辦法經董事會通過後實施，修訂時亦同。

財團法人護理人員防疫基金會
護理人員因工作感染傳染病慰問金申請表

111.05.20 第六屆第七次董事會議修訂通過

會員姓名		性別	
身份證字號	出生年月日	民國	年 月 日
連絡地址			
服務單位			
電子信箱	聯絡電話	市話：	手機：
所屬護理公會	會員號		
申請人姓名	與會員關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/>	
申請日期	年 月 日	事件發生日期	民國 年 月 日
申請項目 (擇一)	<input type="checkbox"/> 感染新興法定傳染病住院治療者(新台幣壹萬元) <input type="checkbox"/> 感染新興法定傳染病致職業災害傷殘者(新台幣伍萬元)		
簡述 申請補助緣由	請詳細說明與執行防疫工作相關之具體事實		
檢附相關文件	<input type="checkbox"/> 新興法定傳染病住院診斷證明書 <input type="checkbox"/> 職業災害傷殘鑑定相關證明文件 <input type="checkbox"/> 銀行存摺影本		
直屬主管 審查簽章	請詳細審查申請人陳述內容真實性與正確性，並加註審查意見及簽章(必填)		
服務機構 最高主管簽章			
執行長審查	審查結果： <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 原因_____ 簽章：_____		
董事長審核	審核結果： <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 原因_____ 簽章：_____		

填表說明：

直屬主管	服務機構最高主管
醫院：單位護理長→護理部主任/單位負責人	醫院：院長
診所：組長/護理長/單位負責人	診所：院長/負責人
長照機構：組長/護理長→主任/單位負責人	長照機構：機構負責人
學校：組長→主任/處長/單位負責人	學校：校長
工廠：組長/單位負責人	工廠：廠長/負責人