

# 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。