

受嚴重特殊傳染性肺炎影響衍生營運衝擊私立幼兒園申請表	
園名	
核准設立日期及字號	____年____月____日 字號：
統一編號	
園址	
負責人	姓名： 身分證字號：
聯絡人	姓名： E-mail： 電話：() 分機： 手機：
匯款帳戶 (請附存摺影本)	金融機構全銜： 金融機構(數字代碼)： 分行代碼(數字代碼)： 戶名： 帳號：
檢附文件(請勾選)： <input type="checkbox"/> 申請表。 <input type="checkbox"/> 110年5月繳(退)費證明。 <input type="checkbox"/> 110年5月至6月全職教職員工薪資清冊暨薪資轉帳證明(如以現金支付薪資，無薪資轉帳證明，則檢附教職員工印領清冊)。 <input type="checkbox"/> 幼兒園帳號存摺影本；如以個人名義開立者，應檢附負責人存摺影本。 <input type="checkbox"/> 切結書。	
營運衝擊補貼申請金額：新臺幣 元	
※以上所提說明均為屬實，如有虛偽不實，願依相關法令規定辦理。	

負責人簽章：

(請蓋事業印章)

印

(負責人簽名或蓋章)

印

中華民國 年 月 日