

臺南市政府衛生局 入境民眾檢疫同住申請表 110.08.27

項目	內容
臺灣聯絡人姓名	連絡電話：
入住者姓名	
同住需照顧者姓名	
返台日期	旅居國家：
居家檢疫地址	<input type="checkbox"/> 防疫旅館：_____。 自 110 年 6 月 27 日起，依中央流行疫情指揮中心公告所有入境旅客應入住防疫旅宿或集中檢疫所並搭乘機場防疫車輛前往防疫旅宿或自費集中檢疫所之檢疫地點
申請原因： (請提供相關證明佐證)	<input type="checkbox"/> 兒童及少年 (<18 歲)。(檢附護照或身分證) <input type="checkbox"/> ≥65 歲以上之生活無法自理者。(檢附相關證明) <input type="checkbox"/> 身心障礙者、身心失能者。(檢附相關證明) <input type="checkbox"/> 重大傷病者。(檢附醫師證明) <input type="checkbox"/> 懷孕期間需有人照顧之生活無法自理者。(檢附醫師證明) <input type="checkbox"/> 因傷害或疾病，生活無法自理。(檢附醫師證明) <input type="checkbox"/> 其他經地方政府評估同意之情形。 申請彈性准予居家檢疫期間同房同住(請勾選上方照顧需求)
請補充說明： (是否一同入境、親屬關係、照顧需求等)	(例:因 000 及 000 為 00 關係且一同入境，因(請說明原因)需申請兩人同室檢疫)
備註事項	

(填寫完畢請 Fax:06-2674819 或 E-mail:Tncghbdc@gmail.com)

本案准於同意

本案不符中央流行疫情指揮中心規定，不予同意

(請蓋戳章)

填表人姓名：

填表日期：

主管簽章：