

桃園市 OO 區嚴重特殊傳染性肺炎死亡個案深埋申請書

中華民國： 年 月 日

申請人	姓名		身份證字號	
	連絡電話		與亡者關係	
	戶籍地址			
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址		
	電子信箱			
亡者資料	姓名		身份證字號	
	出生日期	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	戶籍地址			
	死亡日期	年 月 日	埋葬日期	年 月 日
	埋葬地點		埋葬面積	平方公尺
檢附證件	<input type="checkbox"/> 申請人與亡者關係之證明文件		<input type="checkbox"/> 申請人身分證(正、反面)影本及印章或簽名	
	<input type="checkbox"/> 死亡證明書		<input type="checkbox"/> 其他證明文件：	
申請事由	<input type="checkbox"/> 因宗教等因素不得火化 <input type="checkbox"/> 其他：			
切結事項	<input type="checkbox"/> 上述申請者申請埋葬事宜,願遵守《桃園市殯葬管理自治條例》及《桃園市各區公所公立公墓及骨灰骨骸存放設施管理要點之規定辦理。			

-----以下由審核單位填寫-----

採檢結果	<input type="checkbox"/> 家用快篩	<input type="checkbox"/> 核酸檢驗
	採檢日：	採檢日：
	報告日：	報告日：
審核經過	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過	
經辦人		
備註		