

유급휴가 지원 신청서

※ 색상이 어두운 칸에는 신청인이 적지 않고 []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

접수번호		접수일		처리기간	30일
사업주 (신청인)	명칭				사업자등록번호
	대표자 성명				대표자 생년월일
	주소				전화번호
입원·격리대 상자	성명				생년월일
	주소				전화번호
입원·격리 세부사항	입원·격리 시작일		입원·격리 종료일		
	총 입원·격리기간 ()일				
	대상 감염병명				
	입원·격리 종류 [] 의료기관 입원·격리 [] 자가 격리				
	의료기관 입원·격리인 경		의료기관명		전화번호
	우	의료기관 주소			
	유급휴가 비용 지원 금액				
	유급휴가 비용 지원 금액 산출 근거				

「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제41조의2제3항, 같은 법 시행령 제23조의3제2항 및 같은 법 시행규칙 제31조의6에 따라 위와 같이 신청합니다.

년 월 일
신청인 (서명 또는 인)

질병관리청장 귀하

신청인 제출서류	1. 근로자가 입원 또는 격리된 사실과 기간을 확인할 수 있는 서류 2. 재직증명서 등 근로자가 계속 재직하고 있는 사실을 증명하는 서류 3. 보수명세서 등 근로자에게 유급휴가를 준 사실을 증명하는 서류 4. 그 밖에 질병관리청장이 유급휴가 비용지원을 위하여 특히 필요하다고 인정하는 서류	수수료 없음
담당공무원 확인사항	주민등록번호가 제외된 사업자등록증명	

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무 처리와 관련하여 담당공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당공무원 확인 사항을 확인하는 것에 동의합니다. * 담당공무원의 확인에 동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 해당 서류를 제출해야 합니다.

사업자등록번호: 신청인 (서명 또는 인)

처리절차



210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]