

法務部矯正署臺中監獄收容人返家探視申請書

編號		姓名		單位		罪名		刑期	
事由					檢附文件				
<input type="checkbox"/> (親屬關係/姓名) _____ 死亡，擇定 ____ 年 ____ 月 ____ 日舉行喪葬。					<input type="checkbox"/> 死亡證明書。 <input type="checkbox"/> 訃聞或其他足資證明喪葬日期及地點之文件。 <input type="checkbox"/> 足資證明收容人與探視對象關係之戶政或其他相關文件。				
<input type="checkbox"/> (親屬關係/姓名) _____，罹患 _____ 等病症，於 ____ 年 ____ 月 ____ 日經 _____ 醫療機構通知病危，具有生命危險。					<input type="checkbox"/> 醫療機構開立之診斷證明書。 <input type="checkbox"/> 醫療機構開立之最近三日內病危通知書或其他足資證明病危之文件。 <input type="checkbox"/> 足資證明收容人與探視對象關係之戶政或其他相關文件。				
<input type="checkbox"/> 因(災害) _____ 發生，造成(親屬關係/姓名) _____ 重大傷害。					<input type="checkbox"/> 醫療機構開立之診斷證明書或其他足資證明重大傷害之文件。 <input type="checkbox"/> 足資證明探視對象遭受災害防救法第二條第一款所列災害之文件。 <input type="checkbox"/> 足資證明收容人與探視對象關係之戶政或其他相關文件。				
探視地點： <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 其他： _____									
地址： _____									
申請人： _____ (正楷簽名及捺印) _____ 年 ____ 月 ____ 日									
申請的親友電話及地址(若無則毋須填寫) 電話： _____ 申請人與收容人關係： 地址： _____ 是否願意負擔交通費或醫院快篩等相關費用：									
是否同意以視訊方式探視：								(捺印)	
收容人是否同意返家探視：								(捺印)	
收容人是否願意負擔交通費或快篩等費用：								(捺印)	
接獲申請返家探視文件時間： ____ 年 ____ 月 ____ 日 ____ 點 ____ 分									
轉交申請返家探視文件時間： ____ 年 ____ 月 ____ 日 ____ 點 ____ 分 (捺印)									