

職業災害勞工名冊及申請輔助設施內容 (申請勞工在二人以上，請依下列格式分別造冊)

姓名		國民身分證統一 編號(外籍人士 統一證號)	
出生年月日		聯絡地址	
聯絡電話		到職日	
事故日期		復工後工作地點	
復工後 工作內容			
申請輔助設施內容			
輔助設施項目	設置地點	提供日期	申請補助金額 (單位:新臺幣元)

個人資料使用授權同意書 (請職業災害勞工擇一勾選)

- 為配合申請補助設施補助作業，本人同意下列相關事項：
- 一、本人同意(受理申請單位)因辦理補助設施補助作業，而獲取本人的姓名、出生年月日、國民身分證統一編號(外籍人士統一證號)、聯絡方式等得以直接或間接識別本人個人的資料。
 - 二、本人同意(受理申請單位)及中央主管機關，基於個人資料保護法及相關法令之規定下，蒐集、處理及利用本人的個人資料。
 - 三、本人同意(受理申請單位)及中央主管機關，以本人所提供的個人資料確認本人的身分、與本人進行聯絡、查核本人是否已領取政府機關其他相同性質的補助，以及其他隱私權保護政策規範的使用方式。
 - 四、本人可依個人資料保護法，就本人的個人資料向(受理申請單位)及中央主管機關(一)請求查詢或閱覽、(二)製給複製本、(三)請求補充或更正、(四)請求停止蒐集、處理及利用或(五)請求刪除。但因(一)妨害國家安全、外交及軍事機密、整體經濟利益或其他國家重大利益、(二)妨害公務機關執行法定職務、(三)妨害第三人之重大利益，得拒絕之。
 - 五、(受理申請單位)針對本人的個人資料利用期間：自雇主申請補助設施補助開始，至(受理申請單位)完成補助作業(含上傳相關管理資訊系統、後續查核、統計執行補助成果等事宜)止。
 - 六、本人瞭解此一同意書符合個人資料保護法及相關法規的要求，且同意(受理申請單位)留存此同意書，以供日後查驗。

本人不同意前述相關事項。

立同意書人簽章：

中華民國 年 月 日

※ 權益告知：

如您不同意、未勾選或未繳回本同意書，(受理申請單位)將不會使用您的個人資料。但依個人資料保護法第8條第1項第6款規定，如您不提供個人資料，必須明確告知下列事項對您權益的影響：

- 一、無法於相關系統中，查詢您的職業災害勞工身分及是否已領取政府機關其他相同性質的補助。
- 二、無法於評估補助項目及金額時，據以判定您是否為得補助對象。

輔助設施改善前後照片

黏貼照片(改善前)	黏貼照片(改善後)
說明	說明
黏貼照片(改善前)	黏貼照片(改善後)
說明	說明
黏貼照片(改善前)	黏貼照片(改善後)
說明	說明
黏貼照片(改善前)	黏貼照片(改善後)
說明	說明

輔助設施補助審查表(召開審查會議使用)

申請 單位 資料	單位名稱			
	保險證號		申請金額	新臺幣 元
職業 災害 勞工 資料	職業災害勞工姓名		事故日期	
	傷病名稱		請領職業災害 相關給付	<input type="checkbox"/> 醫療給付 <input type="checkbox"/> 傷病給付 <input type="checkbox"/> 失能給付
	工作內容及地點			
	申請輔助設施及金額			
	設施改善前之困難			
	改善後實用與效益			
專家 審查 結果	<input type="checkbox"/> 不同意補助	理由：		
	<input type="checkbox"/> 同意補助	理由：		
		建議補助項目： 建議補助金額新臺幣 元 理由：		
	<input type="checkbox"/> 建議先進行實地 訪視後評估	理由：		
簽名： 中華民國 年 月 日				

實地訪視紀錄表

訪視日期： 年 月 日

訪視 基本 資料	單位名稱		
	訪視地點		
	職業災害勞工姓名		
	傷病或職業災害情形 簡述		
	工作內容		
	申請輔助設施及金額		
	設施改善前之困難		
	改善後實用與效益		
訪視 意見	評估與建議 <input type="checkbox"/> 符合。 <input type="checkbox"/> 待改善，建議如下：		
	訪視後續處理方式（符合者免填） <input type="checkbox"/> 現場說明調整 <input type="checkbox"/> 發函通知改善 <input type="checkbox"/> 近期內再訪視		
雇主(代表人)簽名		職業災害勞工簽名	
承辦人簽名	(職稱及姓名)	會同專家簽名	(職稱及姓名)

實地訪視紀錄照片

黏貼照片

黏貼照片

說明

說明

黏貼照片

黏貼照片

說明

說明

黏貼照片

黏貼照片

說明

說明

黏貼照片

黏貼照片

說明

說明

職能復健津貼申請書及補助收據

表 B-1

填表日期： 年 月 日

申請人姓名		國民身分證 統一編號 (外籍人士 統一證號)		出生 日期	民國 年 月 日
投保單位名稱			投保單位統一編號		
通訊地址：					
聯絡電話：					
傷病發生日期	年 月 日	強化訓練計畫 起訖期間	自 年 月 日 至 年 月 日		
強化訓練項目	<input type="checkbox"/> 1.生理工作能力強化訓練。 <input type="checkbox"/> 2.心理工作能力強化訓練。 <input type="checkbox"/> 3.生理+心理工作能力強化訓練。				
強化訓練日數	合計 日 (上限 180 日)				
申請金額	新臺幣 元 (如無法核算, 可不必填寫)				
應備具書件	<input type="checkbox"/> 1.參加強化訓練完成證明 (自勞動部職業安全衛生署建置職業災害勞工服務資訊整合管理系統列印並經醫事人員核章之強化訓練紀錄或參訓機構職業醫學科專科醫師開立載有強化訓練日數之診斷證明書)。 <input type="checkbox"/> 2.申請人國內金融機構存摺封面影本。 <input type="checkbox"/> 3.勞工職業災害保險投保證明。 <input type="checkbox"/> 4.勞工職業災害保險傷病給付核定函。 (無, 原因: <input type="checkbox"/> 不能工作期間未達傷病給付請領要件, <input type="checkbox"/> 其他,) <input type="checkbox"/> 5.其他經受理申請單位指定之文件。				
匯款帳戶	戶名： 銀行及分行： 帳號： ※發給金額以受理申請單位核定金額為準。				
以上各欄位均據實填寫, 為審核補助需要, 同意直轄市及縣市政府可逕向勞工保險局或其他有關機關團體調閱相關資料。					
申請人： (簽名或蓋章)					
審核結果	(由受理申請補助單位填寫)				
	<input type="checkbox"/> 核定; 核發職能復健津貼 日, 計新臺幣 元。 <input type="checkbox"/> 不予核定; 原因:				
承辦人員： 單位主管： 機關首長：					

※各項欄位請覈實填寫, 如有偽造、詐欺等不法行為者, 將移送司法機關辦理。

※請向直轄市及縣市政府提出申請。

※傷病發生日期: 職業傷害為受傷發生日; 職業病為疾病確診日。

事業單位僱用職業災害勞工補助申請書及補助收據

申請單位名稱				負責人姓名	
公司或商號之 統一編號				保險證號碼	
單位地址				聯絡人姓名 /職稱	
聯絡電話		傳真		電子郵件	
員工總人數	人	本次申請補助 僱用人數	1. 事業單位： <input type="checkbox"/> 原事業單位、 <input type="checkbox"/> 新事業單位 2. 職業災害勞工人數： <input type="checkbox"/> 失能等級1-9等級 人 <input type="checkbox"/> 失能等級10-15等級 人		
轉帳帳戶	戶名： 銀行及分行： 帳號：				
檢附文件	<input type="checkbox"/> 1、僱用名冊、薪資印領清冊及出勤紀錄(含個人資料使用授權同意書) <input type="checkbox"/> 2、事業單位恢復職業災害勞工原工作、調整職務或安置適當工作之證明 <input type="checkbox"/> 3、受僱勞工之國民身分證或其他身分證明等文件影本 <input type="checkbox"/> 4、勞工職業災害保險失能給付核發證明 <input type="checkbox"/> 5、勞工職業災害保險投保證明 <input type="checkbox"/> 6、聲明書 <input type="checkbox"/> 7、匯款帳戶影本 <input type="checkbox"/> 8、其他：				
申請補助期間	年 月 日至 年 月 日				
申請金額	新臺幣 元				
聲明切結	1.本公司如有「直轄市及縣市政府辦理協助職業災害勞工重返職場補助辦法」第21條所列之情形，除願歸還已領取之款項外，並願負一切法律責任。特此切結為憑。 2.同意地方政府將相關資料提供認可職能復健機構，協助擬訂復工計畫，進行職業災害勞工工作分析、功能性能力評估及增進其生理心理功能之強化訓練等職能復健服務。 負責人簽章： (加蓋單位印信或圖記) 中華民國 年 月 日				

事業單位恢復職業災害勞工原工作、調整職務 或安置適當工作報告

表 C-2

造冊單位名稱： (請加蓋單位印信或圖記)

負責人： (請加蓋負責人印章)

造冊日期： 年 月 日

一、依直轄市及縣市政府辦理協助職業災害勞工重返職場補助辦法 第13條 第14條
提供之協助措施：

(一)執行情形(如填寫欄位不足，請依下列格式自行造冊)：

職業災害 勞工姓名	工作內容	措施說明
	1.職業災害前： 2.職業災害後：	
	1.職業災害前： 2.職業災害後：	

註：措施說明欄請詳述提供職業災害勞工工作必要之輔助設施、工作條件之改善及調整工作方法等作為。

(二)佐證照片 (如填寫欄位不足，請依下列格式自行造冊)：

黏貼照片	黏貼照片
照片說明：(應備註職業災害勞工姓名)	照片說明：(應備註職業災害勞工姓名)
黏貼照片	黏貼照片
照片說明：(應備註職業災害勞工姓名)	照片說明：(應備註職業災害勞工姓名)

二、肇災檢討(如填寫欄位不足，請依下列格式自行造冊)：

職業災害 勞工姓名	職業災害日期	職業災害原因	勞資會議紀錄

註：勞資會議紀錄應摘述針對該職業災害事故之檢討作為，並檢附相關會議資料以資證明。

受僱職業災害勞工聲明書

表 C-3

1. 本人確實非（事業單位名稱：_____）事業單位負責人之配偶或三親等內親屬。
2. 本人同意地方政府依業務需要查詢本人之勞工職業災害保險相關資料。（本案之勞工職業災害保險資料，將以「機密」之方式處理與保管，但在涉及法律責任事項時無法保密。）

以上填寫資料屬實，如有不實，本人願負一切法律責任，特此切結為憑。

切結人簽章：

國民身分證統一編號（外籍人士統一證號）：

地 址：

電 話：

中 華 民 國 年 月 日

事業單位僱用名冊及薪資清冊

造冊單位名稱： (請加蓋單位印信或圖記)

負責人： (請加蓋負責人印章)

造冊日期： 年 月 日

編號				
職業災害 勞工姓名				
國民身分證統一 編號 (外籍人士統一 證號)				
出生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
工作期間	年 月 日- 年 月 日	年 月 日- 年 月 日	年 月 日- 年 月 日	年 月 日- 年 月 日
工作期間 總工時	小時	小時	小時	小時
工作期間 請假情況	1. (假別)假 (請填數字)日/時 2. (假別)假 (請填數字)日/時	1. (假別)假 (請填數字)日/時 2. (假別)假 (請填數字)日/時	1. (假別)假 (請填數字)日/時 2. (假別)假 (請填數字)日/時	1. (假別)假 (請填數字)日/時 2. (假別)假 (請填數字)日/時
工作期間薪資				
工作期間 投保級距				
職業災害勞工 簽名或蓋章				
職業災害 發生日期	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
失能等級	<input type="checkbox"/> 1-9等級 <input type="checkbox"/> 10-15等級	<input type="checkbox"/> 1-9等級 <input type="checkbox"/> 10-15等級	<input type="checkbox"/> 1-9等級 <input type="checkbox"/> 10-15等級	<input type="checkbox"/> 1-9等級 <input type="checkbox"/> 10-15等級
是否 在職 (離職日期)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (年 月 日)

註：

1. 如事業單位有刻意隱瞞勞工實際工作時數及薪資之情事，有違反刑法第214條規定之虞。
2. 工作期間自職業災害勞工復工日或受僱日起算。

個人資料使用授權同意書 (請職業災害勞工擇一勾選)

表 C-5

為配合申請僱用補助作業，本人同意下列相關事項：

- 一、本人同意(受理申請單位)因辦理僱用補助作業，而獲取本人的姓名、出生年月日、國民身分證統一編號(外籍人士統一證號)等得以直接或間接識別本人個人的資料。
- 二、本人同意(受理申請單位)及中央主管機關將基於個人資料保護法及相關法令之規定下，蒐集、處理及利用本人的個人資料。
- 三、本人同意(受理申請單位)及中央主管機關以本人所提供的個人資料確認本人的身分、與本人進行聯絡、查核本人是否已領取政府機關其他相同性質的補助，以及其他隱私權保護政策規範的使用方式。
- 四、本人可依個人資料保護法，就本人的個人資料向(受理申請單位)及中央主管機關(一)請求查詢或閱覽、(二)製給複製本、(三)請求補充或更正、(四)請求停止蒐集、處理及利用或(五)請求刪除。但因(一)妨害國家安全、外交及軍事機密、整體經濟利益或其他國家重大利益、(二)妨害公務機關執行法定職務、(三)妨害第三人之重大利益，得拒絕之。
- 五、(受理申請單位)針對本人的個人資料利用期間：自事業單位申請僱用補助開始，至(受理申請單位)完成補助業務(含上傳相關管理資訊系統、後續查核、統計執行補助成果等事宜)止。
- 六、本人瞭解此一同意書符合個人資料保護法及相關法規的要求，且同意(受理申請單位)留存此同意書，以供日後查驗。

本人不同意前述相關事項。

立同意書人簽章：

中華民國 年 月 日

※ 權益告知：

如您不同意、未勾選或未繳回本同意書，(受理申請單位)將不會使用您的個人資料。但依個人資料保護法第8條第1項第6款規定，如您不提供個人資料，必須明確告知下列事項對您權益的影響：

- 1.無法於相關系統中，查詢您的職業災害勞工身分及是否已領取政府機關其他相同性質的補助。
- 2.無法將資料提供認可職能復健機構，協助擬訂復工計畫，進行職業災害勞工工作分析、功能性能力評估及增進其生理心理功能之強化訓練等職能復健服務。

直轄市及縣(市)政府辦理 協助職業災害勞工重返職場補助措施追蹤紀錄表

追蹤單位					工作地點	
職業災害 勞工資料	姓名	僱用日期	職務	每月薪資(元)	是否在職	核發項目
	例：				是/否	1. 輔助設施/職能復健津貼/僱用補助 2. 說明：(如：補助項目、發放金額等)
追蹤方式	<input type="checkbox"/> 現場追蹤 <input type="checkbox"/> 電話追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：(請說明：)			追蹤日期	年 月 日	
執行情形概述				追蹤查核概述		
1. 與申請核發項目內容 <input type="checkbox"/> 尚無不符 <input type="checkbox"/> 不符，說明：						
2. 確實為受僱人員投保參加勞工職業災害保險、全民健康保險，並檢具繳費證明 <input type="checkbox"/> 尚無不符 <input type="checkbox"/> 不符，說明：						
3. 僱用人員工作地點與申請核定之單位 <input type="checkbox"/> 尚無不符 <input type="checkbox"/> 不符，說明：						
4. 其他：(工作日誌或其他文件查核情形)						
受追蹤單位建議事項						
綜合意見				<input type="checkbox"/> 依規定辦理 <input type="checkbox"/> 待改善，說明如下：		
後續處理方式 (依規定辦理者免填)				<input type="checkbox"/> 現場口頭要求 <input type="checkbox"/> 電話要求改善 <input type="checkbox"/> 正式發函處理 <input type="checkbox"/> 近期再次現場追蹤 <input type="checkbox"/> 近期再次電訪 補充說明：		
現場追蹤簽名						
雇主 (代表人) 簽名		地方政府 承辦人 簽名		(科室及姓名)	會同人員 簽名(無則 免簽)	(職稱及姓名)
受僱人 簽名						

現場追蹤紀錄表

黏貼照片	黏貼照片
照片說明：	照片說明：
黏貼照片	黏貼照片
照片說明：	照片說明：
黏貼照片	黏貼照片
照片說明：	照片說明：