|  |
| --- |
| **臺南市政府勞工局辦理****【附件1-1】****111年視障按摩據點維運費補助申請表****(經營據點之法人或團體)** |
| 申請據點名稱 |  | 設立日期 | □ 年 月 日 |
| 現場管理人姓名 |  | 行動電話 |  |
| 營業地址 |  |
| 申請單位基本資料 | 單位全銜： |
| 成立日期： |
| 統一編號： |
| 設立地址： |
| 電 話： | 傳真電話： |
| 電子信箱： |
| 代 表 人： |
| 聯絡電話： |
| 申請據點概況 | 場所型態 | □公共場所 □一般店面營業面積約 坪。 |
| 據點內按摩師總人數 |  |
| 按摩師名冊（不敷使用，請另外造冊） | 姓名 | 身分證統一編號 | 聯絡電話 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 切結聲明：申請單位恪遵申請補貼金額均使用於購買防疫必要物資且應用視障按摩據點內；如經受理單位查有虛偽買賣、造假不實者，申請單位將無條件退還已領取之補貼款，並負相關法律責任。申請單位：　　　　　　　　　　　 (用印)負責人：　　　　　　　　　　　　 (簽名或蓋章)日期： 年 月 日 |

|  |
| --- |
| **臺南市政府勞工局辦理****【附件1-2】****111年視障按摩據點維運費補助申請表****(經營據點之個人)** |
| 按摩據點名稱 |  | 設立日期 | □ 年 月 日 |
| 聯絡電話 | 電話：傳真： | 行動電話 |  |
| 營業地址 |  |
| 申請人基本資料 | 姓名： |
| 出生日期： |
| 身分證統一編號： |
| 戶籍地址： |
| 聯絡地址： |
| 電子信箱： |
| 按摩據點概況 | 組織型態 | □個人經營 □合夥經營，合夥人姓名： |
| 場所型態 | □店面□住家（有獨立空間）營業面積約 坪。 |
| 據點內按摩師總人數 |  |
| 按摩師名冊（不敷使用，請另外造冊） | 姓名 | 身分證統一編號 | 聯絡電話 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 切結聲明：申請人恪遵申請補貼金額均使用於購買防疫必要物資且應用視障按摩據點內；如經受理單位查有虛偽買賣、造假不實者，申請人將無條件退還已領取之補貼款，並負相關法律責任。申請人：　　　　　　　　　　　　(簽名或蓋章)日期： 年 月 日 |

**111年視障按摩據點維運費補助**

**【附件2】**

**領據**

**茲領到臺南市政府勞工局111年度「視障按摩據點維運費補助」因應嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)疫情之擴大協助措施－視障按摩據點維運費補助經費款項，計新臺幣　　　　　　　　　(請填寫國字)元整。**

申請單位及負責人/申請人簽章：

統一編號/身分證號碼：　　　　　　　　　　　電話：

單位地址/戶籍地址：

金融機構：

帳戶名稱：

金融機構代碼：

金融帳號：

**中華民國　　　　年　　　　月　　　　日**

轉帳金融機構存摺影本浮貼處

**111年視障按摩據點維運費補助**

**【附件3】**

**支出清冊**

|  |  |
| --- | --- |
| 按摩據點（含個人）名稱 |  |
| **視障按摩據點維運費補助支出內容** |
| 申請補助金額總計 |  |
| 註1：發票或收據之總金額倘小於申請補助金額，則以發票或收據之總金額為補助金額。註2：據點視障按摩師人數，4人以下最高補助2萬元；5-6人最高補助3萬；7人以上最高補助5萬元。 |
| 序號 | 支出內容 | 發票/收據/支出證明明細 | 單據編號 |
| **單價(A)** | **數量(B)** | **金額(A\*B)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **此欄由****審查單****位填寫** | □審查通過，核定補助金額\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元。　　□審查不通過，原因：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 承辦人核章：　　　　　　　　單位主管核章： 　　　　　　　 |

**備註：不敷使用，請自行增加表格**

**111年視障按摩據點維運費補助**

**【附件4】**

**支出憑證黏貼表**

|  |  |
| --- | --- |
| 按摩據點（含個人）名稱 |  |
| 憑證編號 |  | 憑證金額 |  |
| 申請單位/申請人簽章 |  |

發票或收據黏貼處，共\_\_\_\_張

------------------黏--貼--線------------------

**備註：憑證編號請配合附件2支出清冊之單據編號填寫，並依序黏貼，若超出一項不敷使用者，請自行影印。**

**臺南市政府勞工局辦理**

**111年視障按摩據點維運費補助**

**申請項目參考表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項次 | 項目 | 品項 | 備註 |
|  | 場地租金 | 視障按摩據點租金 | 據點租賃契約書 |
|  | 水電費 | 視障按摩據點水電費 | 據點繳費收據 |
|  | 消耗品 | 按摩用具及材料 |  |
| 1 | 防疫物資 | 口罩 |  |
| 快篩試劑 |  |
| 酒精 |  |
| 額（耳）溫槍或體溫測量器 | 以不超過據點內視障按摩師人數為限 |
| 酒精 |  |
| 噴霧罐 | 以不超過據點內視障按摩師人數為限 |
| 2 | 消毒清潔用品 | 洗手乳 |  |
| 肥皂 |  |
| 漂白水 |  |
| 殺菌清潔液等 |  |
| 隨身空氣消毒卡或消毒袋等 |  |
| 3 | 按摩清潔消毒等耗材 | 一次性拋棄式不織布 |  |
| 一次性拋棄式紙巾 |  |
| 一次性拋棄式衛生手套 |  |
| 4 | 其他防疫相關 | 空氣清淨機或空氣殺菌機等 |  |
| 紫外線消毒設備 |  |
| 自動酒精噴霧機 |  |
| 自動給皂機 |  |
| 手機口罩消毒機 |  |
| 防疫霧化機 |  |
| 殺菌清潔液製造機 |  |
| 清潔消毒費 |  |