|  |
| --- |
| **壹、申請單位基本資料** |
| 單位名稱 |  |
| 勞工保險投保證號 |  | 統一編號 |  | 聯絡人姓名 |  |
| 公司地址 |  | 連絡電話 |  |
| **申請期間各月份員工總人數及身心障礙員工人數** |
| 月份 | 員工總人數/身障員工人數 | 月份 | 員工總人數/身障員工人數 | 月份 | 員工總人數/身障員工人數 |
| 1 | 　　年　月 | 　　人/　人 | 7 | 　　年　月 | 　　人/　人 | 13 | 　　年　月 | 　　人/　人 |
| 2 | 　　年　月 | 　　人/　人 | 8 | 　　年　月 | 　　人/　人 | 14 | 　　年　月 | 　　人/　人 |
| 3 | 　　年　月 | 　　人/　人 | 9 | 　　年　月 | 　　人/　人 | 15 | 　　年　月 | 　　人/　人 |
| 4 | 　　年　月 | 　　人/　人 | 10 | 　　年　月 | 　　人/　人 | 16 | 　　年　月 | 　　人/　人 |
| 5 | 　　年　月 | 　　人/　人 | 11 | 　　年　月 | 　　人/　人 | 17 | 　　年　月 | 　　人/　人 |
| 6 | 　　年　月 | 　　人/　人 | 12 | 　　年　月 | 　　人/　人 | 18 | 　　年　月 | 　　人/　人 |
| **貳、新進用身心障礙員工基本資料** |
| 進用身心障礙員工姓名 |  | 身份證字號 |  | 出生年月日 |  |
| 戶籍地址 |  | 連絡電話 |  |
| 初次到職日期 | 　　年　　月　　日（含同一負責人、分支機構） | 工作行政區 | 台南市　　區 |
| 申請獎勵期間 | 　　年　　月　　日（初次到職日期）至　　年　　月　　日（到職日後滿18個月） |
| **參、新進用身心障礙員工相關證明** |
| 身分證影本（正面） | 身分證影本（反面） |
|  |  |
| 身心障礙證明影本（正面） | 身心障礙證明影本（反面） |
|  |  |

* **申請單位確認下列事項：**
* 新進用身心障礙員工未曾於該私立義務機構或其分支機構、或同一負責人之機構有投保紀錄。
* 新進用身心障礙員工於申請期間內，申請單位內具有實際工作能力。
* 申請單位未曾以該名新進用身心障礙員工申請相關補助（如職場學習再適應計畫等）。
* 申請單位已於申請表後依序檢附相關申請資料：
1. 申請期間新進用身心障礙員工每月薪資證明。
2. 申請期間新進用身心障礙員工每月出勤紀錄。
3. 新進用身心障礙員工於申請單位歷年投保紀錄。
4. 申請補助月份員工總人數證明、身心障礙員工人數證明。
* **若經主管機關審查符合補助標準，單位是否請領超額獎勵金？**

**□否，放棄請領擇公開表揚　　□是，申請補助金額：新臺幣參萬元整**

**申請單位名稱（用印）：**

**申請單位負責人（用印）：**

中華民國　　年　　月　　日

|  |
| --- |
| **-----------------------------以下欄位由主管機關審核填寫-----------------------------** |
| 收件日期 | （郵戳為憑） | 收件序號 |  |

- 該單位同期是否另申請超額進用獎勵金

□是，未計入該名身心障礙員工　□是，且計入該名身心障礙員工　□否

- 該單位同期申請新進用獎勵金案數：　　　案

- 審查結果：

 □是，符合獎勵標準，計新臺幣參萬元整

　　□否，該期獎勵名額已達上限，於網站公告日期為：　　　年　　　月　　　日

　　□否，不予獎勵原因：

業務承辦簽章：　　　　　　　　單位主管簽章：　　　　　　　　機關首長簽章：