

臺南市政府_____年度第_____期新進用身心障礙者獎勵金申請書

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		身分證字號			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)

臺南市政府_____年度第_____期新進用身心障礙者獎勵金申請書

--	--

※ 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) 新進用身心障礙員工於申請單位歷年投保紀錄。
 - (3) 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：_____

臺南市政府_____年度第____期新進用身心障礙者獎勵金申請書

業務承辦簽章：

單位主管簽章：

機關首長簽章：