

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	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
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)

