**附表三** 填表日期 中華民國 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公共化及準公共托嬰中心照顧比優化獎勵計畫申請表 | | | | | | | |
| 申請單位 | □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_托嬰中心 ( □公設民營□準公共) | | | | | 申請  期間 | \_\_\_\_年□第1季□第2季  □第3季□第4季 |
| 負責人 |  | | 身分證  統一編號 | |  | 立案  字號 |  |
| 地 址 | 鄉  市 市 鎮 村 路 段 巷 弄 號 樓  縣 縣 市 里  區 | | | | | | |
| 申請要件 | | | 檢附相關證明文件 | | | | 主管機關審核結果 |
| □(一)申請資料 | | | 1.領據  2.匯款帳戶影本 | | | | □符合  □不符合(請說明) |
| □(二) 托嬰中心照顧比達(或優於)1比4 | | | 申請名冊彙整表 | | | | □符合  □不符合(請說明) |
| □(三)托嬰中心托育人員投保薪資每人每月皆達新臺幣28,000元以上 | | | 1.薪資清冊  2.薪資匯款證明  3.員工簽收領據(無匯款證明者) | | | | □符合  □不符合(請說明) |
| □(四)雇主應負勞、健保 | | | 1.勞、健保繳款證明  2.投保單位被保險人名冊 | | | | □符合  □不符合(請說明) |
| □(五)雇主提撥勞退準備金費用 | | | 1.勞退繳款證明  2.提繳名冊 | | | | □符合  □不符合(請說明) |
| □(六)年終獎金(最高不得超過每月薪資乘以一點五個月) | | | 1.薪資清冊(含年終月份)  2.年終匯款證明  3.員工簽收領據(無匯款證明者) | | | | □符合  □不符合(請說明)  □不適用(請說明) |
| □(七)職工福利支出 | | | □無  □有：請填列並檢具佐證資料 | | | | □符合  □不符合(請說明) |
| 申請獎助金額：新臺幣 元 | | | | | | | 核定總金額:  新臺幣\_\_\_\_\_\_\_元 |
| 經辦 | | 會計  (會計與負責人不可同一人) | | 負責人  （申請單位用印、負責人簽章） | | | 主管機關: |