

臺南市政府 _____ 年度第 _____ 期超額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	3	____年__月	____人/____人	5	____年__月 ____人/____人
2	____年__月	____人/____人	4	____年__月	____人/____人	6	____年__月 ____人/____人

貳、進用之身心障礙員工基本資料（如不敷使用，請以浮貼方式檢附身心障礙員工基本資料）

姓名	身份證字號	工作行政區	申請區間 平均薪資	進用日期	離職日期	備註
			元			
			元			
			元			
			元			
			元			
			元			
			元			
			元			
			元			
			元			

※ 申請單位確認下列事項：

- 身心障礙員工於申請期間內，申請單位內具實際工作。
- 單位未曾以上述之身心障礙員工申請相關補助（如職場學習再適應計畫等）。
- 單位所提供之身心障礙員工人數並無或已扣除申請本局新進用身心障礙員工獎勵金員工。
- 單位已於申請表後依序檢附相關申請資料：
 - (1) 所進用之身心障礙員工身心障礙證明。
 - (2) 申請期間身心障礙員工每月薪資證明。
 - (3) 申請期間身心障礙員工每月出勤紀錄。
 - (4) 身心障礙員工於申請單位歷年投保紀錄。
 - (5) 申請補助月份員工總人數、身心障礙員工人數證明。
- 單位已達補助標準，於申請期間內每月皆超額進用身心障礙員工 5 名以上，且身心障礙員工皆符合補助標準。

