

臺南市政府勞工局辦理
109 年視障按摩據點防疫物資及店內消毒支出經費補助申請表
(經營據點之法人或團體)

申請據點 名稱		設立日期	☐ 新設 ☐ 年 月 日	
現場管理人 姓名		行動電話		
營業地址				
申請單位 基本資料	單位全銜：			
	成立日期：			
	統一編號：			
	設立地址：			
	電 話：	傳真電話：		
	電子信箱：			
	代 表 人：			
	聯絡電話：			
申請據點概況	場所 型態	☐ 公共場所..... ☐ 一般店面 營業面積約_____坪。		
	據點內按摩師 總人數			
	按摩師名冊 (不敷使用,請 另外造冊)	姓名	身分證統一編號	聯絡電話

切結聲明：

申請單位恪遵申請補貼金額均使用於購買防疫必要物資且應用視障按摩據點內；如經受理單位查有虛偽買賣、造假不實者，申請單位將無條件退還已領取之補貼款，並負相關法律責任。

申請單位：_____（用印）

負責人：_____（簽名或蓋章）

日期：__年__月__日

臺南市政府勞工局辦理 109 年視障按摩據點防疫物資及店內消毒支出經費補助申請表 (經營據點之個人)				
按摩據點 名稱			設立日期	☐ 新設 ☐ 年 月 日
聯絡電話	電話： 傳真：	行動電話		
營業地址				
申請人 基本資料	姓名：			
	出生日期：			
	身分證統一編號：			
	戶籍地址：			
	聯絡地址：			
	電子信箱：			
按摩據點概況	組織 型態	☐ 個人經營 ☐ 合夥經營，合夥人姓名：		
	場所 型態	☐ 店面 ☐ 住家（有獨立空間） 營業面積約_____坪。		
	據點內按摩師 總人數			
	按摩師名冊 (不敷使用，請另 外造冊)	姓名	身分證統一編號	聯絡電話
切結聲明： 申請人恪遵申請補貼金額均使用於購買防疫必要物資且應用視障按摩據點內；如經受理單位查有虛偽買賣、造假不實者，申請人將無條件退還已領取之補貼款，並負相關法律責任。				
申請人：_____（簽名或蓋章）				
日期：__年 __月__日				

109 年視障按摩據點防疫物資及店內消毒支出經費補助
領據

茲領到臺南市政府勞工局 109 年度「補助地方政府促進視覺功能障礙者就業計畫」因應嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)疫情之擴大協助措施－視障按摩據點防疫物資及店內清潔消毒補助經費款項，計新臺幣_____（請填寫國字）元整。

申請單位及負責人/申請人簽章：

統一編號/身分證號碼：

電話：

單位地址/戶籍地址：

金融機構：

帳戶名稱：

金融機構代碼：

金融帳號：

中華民國 年 月 日

----- 轉帳金融機構存摺影本浮貼處 -----

109 年視障按摩據點防疫物資及店內消毒支出經費補助 支出清冊

按摩據點（含個人）名稱					
防疫物資及店內消毒支出內容					
申請補助金額總計					
註 1：發票或收據之總金額倘小於申請補助金額，則以發票或收據之總金額為補助金額。 註 2：據點視障按摩師人數，4 人以下最高補助 2 萬元；5-6 人最高補助 3 萬；7 人以上最高補助 5 萬元。					
序號	支出內容	發票/收據/支出證明明細			單據編號
		單價(A)	數量(B)	金額 (A*B)	
此欄由 審查單 位填寫	☐ 審查通過，核定補助金額_____元。 ☐ 審查不通過，原因：_____				
	承辦人核章：_____ 單位主管核章：_____				

備註：不敷使用，請自行增加表格

【附件 4】

109 年視障按摩據點防疫物資及店內消毒支出經費補助
支出憑證黏貼表

按摩據點（含個人）名稱			
憑證編號		憑證金額	
申請單位/申請人簽章			

發票或收據黏貼處，共____張

-----黏--貼--線-----

備註：憑證編號請配合附件 3 支出清冊之單據編號填寫，並依序黏貼，若超出一項不
敷使用者，請自行影印。

109 年視障按摩據點防疫物資及店內消毒支出經費補助
支出證明單

年 月 日

單位：新臺幣元

受		領		人
姓 名 或 名 稱		身 分 證 明 文 件 字 號 或 統 一 編 號		
貨 物 名 稱 廠 牌 規 格 或 支 出 事 由		單 位 數 量		
單 價		實 付 金 額		
不 能 取 得 單 據 原 因				

據點名稱：

經手人：

備註：請每項無法取得單據項目分別填寫。