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			

※ 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) 身心障礙員工於申請單位歷年投保紀錄。

(4) 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。

臺南市政府_____年度第____期超額進用身心障礙者獎勵金申請書

※ 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：新臺幣貳萬元整

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新進用身心障礙者獎勵金
  □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
- 該單位已連續申請超額進用獎勵金：_____期
- 審查結果：
  □是，符合獎勵標準，計新臺幣貳萬元整
  □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：_____

業務承辦簽章：　　單位主管簽章：　　機關首長簽章：