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
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	台南市____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）

臺南市政府＿＿＿＿年度第＿＿期新進用身心障礙者獎勵金申請書

※ 申請單位確認下列事項：

☐ 新進用身心障礙員工未曾於該私立義務機構或其分支機構、或同一負責人之機構有投保紀錄。

☐ 新進用身心障礙員工於申請期間內，申請單位內具有實際工作能力。

☐ 申請單位未曾以該名新進用身心障礙員工申請相關補助（如職場學習再適應計畫等）。

☐ 申請單位已於申請表後依序檢附相關申請資料：

(1)申請期間新進用身心障礙員工每月薪資證明。

(2)新進用身心障礙員工於申請單位歷年投保紀錄。

(3)申請補助月份員工總人數證明、身心障礙員工人數證明。

※ 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：新臺幣參萬元整

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超額進用獎勵金

  ☐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

- 該單位同期申請新進用獎勵金案數：＿＿＿案

- 審查結果：

  ☐是，符合獎勵標準，計新臺幣參萬元整

  ☐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：