

宜蘭縣身心障礙者就業基金獎勵僱用身心障礙者僱用津貼申請表

申請日期：

申請單位				單位資料	(負責人)
					(統一編號)
					(設立登記所在地)
					(員工總人數)
地 址				連絡方式	(聯絡人)
					(電話)
申請金額	新台幣	元整(<input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 部分工時)			(e-mail)
員工姓名		障別/程度		申請季別 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 第1季 <input type="checkbox"/> 第2季 <input type="checkbox"/> 第3季 <input type="checkbox"/> 第4季
申請資格	<input type="checkbox"/> 1. 設籍本縣之民營事業單位及其分支機構(包括工廠、營業所等) <input type="checkbox"/> 2. 私立學校或機構團體 <input type="checkbox"/> 3. 身心障礙者權益保障法之義務進用單位,法定應進用_____人,實際進用_____人。 <input type="checkbox"/> 4. 非義務單位 <input type="checkbox"/> 5. 僱用身心障礙者滿3個月以上者 <input type="checkbox"/> 6. 申請補助期間:_____年_____月_____日 - _____年_____月_____日				
應備文件	<input type="checkbox"/> 1. 身心障礙者證明之影本 <input type="checkbox"/> 2. 載明受僱者工作時數之薪資印領清冊(需附薪資證明、出勤紀錄) <input type="checkbox"/> 3. 勞保加保證明(勞保卡影本) <input type="checkbox"/> 4. 本府就業服務站工作媒合證明 <input type="checkbox"/> 5. 領據 <input type="checkbox"/> 6. 營利事業登記證或公司執照影本、立案證書、法人登記證、捐助章程或組織章程、經事業主管機關同意其申請附設機構團體之核准函影本。 <input type="checkbox"/> 7. 進用之身心障礙者半年內投保資料明細 <input type="checkbox"/> 8. 其他經主管機關指定之相關文件 <p style="text-align: center;">【以上1~8附件均須加蓋申請單位大小章】</p> <p>本單位為申請本補助所提供之以上各項書面資料,如有偽造不實,願負一切法律責任,並繳回溢領款項。</p> <p style="text-align: right;">申請單位(負責人章): _____(請加蓋單位印信) 民國_____年_____月_____日</p>				
位 申 核 請 章 單	承辦人	單位主管			負責人

審核結果	<input type="checkbox"/> 符合 補助金額: _____元 <input type="checkbox"/> 不符合 原因: _____		
核 審 章 核 單 單 位 位	承辦人	科長	處長

(申請 宜蘭縣身心障礙者就業基金獎勵僱用身心障礙者僱用津貼)

年 月 日至 年 月 日 薪資印領清冊

造冊日期： 年 月 日

月份	姓名	工作部門	職稱	每週工作 時數/日數	本月工作 時數/日數	薪資 (算式請填列於 備註3空白處)	進用日期	簽名 或 蓋章

單位負責人簽章：

會計單位簽章：

人事單位簽章：

備註1：部分工時工作者，才需填列每週工作時數及本月工作日數；全職工時者，無須填列。

備註2：請檢附當月薪資證明、出勤紀錄以茲佐證。

備註3：薪資欄位算式請填列於下方：

例：不足月薪資=薪資/月*天數

(月)=

(月)=

(月)=

(月)=

領 據

茲領到宜蘭縣政府 年 月 日至 年 月 日之僱用身心障礙者

_____僱用津貼款項計新臺幣 元整(金額請用國字大寫)。

此據

單位名稱： (請加蓋單位印信)

負責人章：

統一編號：

會計人員章：

出納人員章：

地址：

電話：

金融機構： 銀行 (分行)

局號： 帳號： 戶名：

中 華 民 國 年 月 日

轉帳金融機構存摺影本浮貼處