

編號：

**宜蘭縣政府勞工處辦理 110 年度
視障按摩院所暨按摩小棧設施設備更新補助-視障按摩小棧申請表**

申請單位基本資料

| | | | |
|------------|--|-------|-------|
| 機構名稱 | | 立案日期 | 年 月 日 |
| 營業地址 | | 聯絡電話 | |
| 機構負責人 | | 身分證字號 | |
| 聯絡人/ 職稱 | | 聯絡電話 | |

視障按摩小棧基本資料

| | | | |
|------------|-----------------------------------------------------------------|------|-------------------------------|
| 按摩小棧 名稱 | | 設立日期 | 年 月 日 |
| 營業地址 | | 營業時間 | |
| 聯絡電話 | | 傳真電話 | |
| 人力配置 | 同時排班按摩師人數：_____人 按摩師總排班人數：_____人 | 行政人員 | _____人，薪資：_____元(月)， 工作內容： |
| 場所型態 | <input type="checkbox"/> 醫療院所 <input type="checkbox"/> 公有風景區 | 坪數 | |

| | |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 營業項目 及收費 | <input type="checkbox"/> 全身按摩_____元_____分鐘 <input type="checkbox"/> 半身按摩_____元_____分鐘 <input type="checkbox"/> 腳底按摩_____元_____分鐘 <input type="checkbox"/> 其他_____, _____元_____分鐘 |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 設施設備 | <input type="checkbox"/> 按摩室__間, <input type="checkbox"/> 半身按摩椅_張, <input type="checkbox"/> 按摩床__組, <input type="checkbox"/> 腳底按摩椅_組, <input type="checkbox"/> 其他設備：_____ |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 視障按摩師 薪資/抽成 方式 | <input type="checkbox"/> 依比例抽成, _____ (按摩師) : _____ (單位) <input type="checkbox"/> 固定金額, 請說明： <input type="checkbox"/> 其他, 請說明： |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | | | |
|------|------|--------|--------|------------|
| 營業分析 | 年度 | 108 年度 | 109 年度 | 110 年度(預估) |
| | 項目 | | | |
| | 營業總額 | | | |
| | 營業成本 | | | |
| | 盈餘 | | | |

**宜蘭縣政府勞工處辦理 110 年度
視障按摩院所暨按摩小棧設施設備更新補助-視障按摩小棧申請表**

- 社團法人應附人民團體立案證書、法人登記證書、組織章程
- 負責人身分證正反面影本
- 補助申請切結書
- 按摩師個人資料使用同意書
- 聘僱按摩師名冊
- 聘僱按摩師技術士證(若未領有技術士證，則以按摩師執業許可證為主)
- 按摩據點排班表



申請單位：

負責人：

負責人
簽章

填表人：

簽章

填表日期： 年 月 日

宜蘭縣政府辦理110年度視障按摩院所暨按摩小棧設施設備更新補助項目明細表

| | | | | |
|----------|-------|------------------------------------------------------------------------|----|--|
| 申請 單位 | 據點名稱 | | | |
| | 據點地址 | | | |
| | 負責人 | | 電話 | |
| | 經營型態 | <input type="checkbox"/> 單純店面 <input checked="" type="checkbox"/> 住家合併 | | |
| | 現有按摩師 | 人 | | |

裝潢、設施設備補助項目明細表

| 編號 | 項目 | 單位 | 數量 | 預算金額 | 備註 |
|----|----|----|----|------|----|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 總計 | | | | | |

宜蘭縣政府辦理 110 年度

視障按摩院所暨按摩小棧設施設備更新補助申請切結書

本人/本單位_____申請宜蘭縣政府勞工處辦理 110 年度視障按摩院所暨按摩小棧設施設備更新補助，具此切結本人確實於宜蘭縣轄區內經營視障按摩院/視障按摩小棧，實際為負責人並同時執業，且過去 3 年內並無申請相關補助計畫及自力更生補助，及未擔任申請案以外之營利事業負責人或有受雇情事，如有不一致之情事，同意繳還本補助經費。

※申請本補助，補助之設施設備於財產保管年限內應負妥善管理使用，不得私自變賣、贈與或移為自宅及私人使用，若無正當理由致補助設備發生短缺、毀損等情形，則 5 年內不得再次申請「視障按摩院所暨按摩小棧設施設備補助計畫」相關補助。

此致

宜蘭縣政府勞工處

按摩據點名稱：

按摩據點負責人姓名：

(簽章)

按摩據點負責人身分證字號：

聯絡電話：

聯絡地址：

中華民國 110 年 月 日

個人資料使用同意書

宜蘭縣政府勞工處為辦理 110 年度「視障按摩院所暨按摩小棧設施設備更新補助計畫」業務所需，於受理申請時，需審核申請人所提供之資料及建檔保存，其蒐集、處理及使用項目包含個人身份資料及與申請補助相關之個人資料，作為審核及撥款之用。

本人/本單位申請 110 年度視障按摩院所暨按摩小棧設施設備更新補助，所提供之資料確與事實相同，並同意宜蘭縣政府勞工處為辦理本人之申請及補助業務所需，依「個人資料保護法」得蒐集、處理及利用本人上述之個人資料。

以上內容本人已詳細閱讀並同意

立書人：

(簽名或蓋章)

中華民國 110 年 月 日