

**【附件 3-2】宜蘭縣政府 112 年度視障按摩據點新設及設施設備更新輔導補助計畫
—個人按摩據點申請表**

| | | | | | |
|-----------------------|--------------------|---|--|--|--|
| 據點名稱 | | 設立日期 | <input type="checkbox"/> 新設 <input type="checkbox"/> 年 月 日 | | |
| 營業地址 | | | | | |
| 申請人 基本資料 | 姓名： | 身分證號： | | | |
| | 出生日期： | | | | |
| | 聯絡地址： | | | | |
| | 聯絡電話： | Line ID： | | | |
| | 電子信箱： | | | | |
| 其他工作 地點與時間 | | | | | |
| 按摩據點概況 | 組織型態 | <input type="checkbox"/> 個人經營 <input type="checkbox"/> 合夥經營，合夥人姓名： | | | |
| | 場所型態 | <input type="checkbox"/> 店面 <input type="checkbox"/> 住家（須有獨立空間） 使用面積約_____坪。 | | | |
| | 使用權屬 | <input type="checkbox"/> 有償租賃，租金_____元/月，合約起訖_____~_____ <input type="checkbox"/> 無償使用，合約起訖_____~_____ ※請檢附租賃契約書影本或其他場地使用證明文件。 | | | |
| | 服務收費標準 | 1. _____按摩_____分/_____元 4. _____按摩_____分/_____元 2. _____按摩_____分/_____元 5. _____按摩_____分/_____元 3. _____按摩_____分/_____元 6. _____按摩_____分/_____元 | | | |
| | 抽成方式 | 投資人_____% 按摩師_____% 其他：_____，_____% | 排班按摩師 總人數 | | |
| | 設施設備 | <input type="checkbox"/> 接待區 <input type="checkbox"/> 按摩室_____間 <input type="checkbox"/> 按摩床_____組 <input type="checkbox"/> 腳底按摩椅_____組 <input type="checkbox"/> 按摩椅_____組 <input type="checkbox"/> 其他設備：_____ | | | |
| | 營業時間 | <input type="checkbox"/> 週一 <input type="checkbox"/> 週二 <input type="checkbox"/> 週三 <input type="checkbox"/> 週四 <input type="checkbox"/> 週五 <input type="checkbox"/> 週六 <input type="checkbox"/> 週日 ： ~ ： | 公休 | <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 例假日 <input type="checkbox"/> 無 | |
| | 服務方式 | <input type="checkbox"/> 預約制 <input type="checkbox"/> 現場候位 <input type="checkbox"/> 到府服務 | 助理 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 月薪：_____元或_____% | |
| | 營業管理 分析 | 促銷活動 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請敘明： | | |
| | | 顧客屬性 | 性別比例： | 年齡層範圍： | |
| | | 顧客管理 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請敘明： | | |
| | | 服務屬性 | <input type="checkbox"/> 一般舒緩 <input type="checkbox"/> 症狀處理，其他：_____ | | |
| 前6個月 | | 最高月營收： | 最低月營收： | | |

宜蘭縣政府視障按摩據點新設及設施設備更新輔導補助計畫
檢附資料
黏貼表

| 身分證正面 | 身分證反面 |
|--|---|
|  <p>正 面</p> |  <p>反 面</p> |
| 技術士證正面(按摩執業許可證) | 技術士證反面(按摩執業許可證) |
|  <p>正 面</p> |  <p>反 面</p> |
| 其他證件正面(身障手冊) | 其他證件反面(身障手冊) |
|  <p>正 面</p> |  <p>反 面</p> |

宜蘭縣政府辦理112年度視障按摩據點新設及設施設備更新輔導補助計畫項目明細表

| | | | | |
|----------|-------|---|----|--|
| 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 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 | | | | | |

宜蘭縣政府勞工處

視障按摩據點新設及設施設備更新輔導補助計畫

申請切結書

本人_____申請宜蘭縣政府勞工處「視障按摩據點新設及設施設備更新輔導補助計畫」，具此切結本人確實於宜蘭縣轄區內經營視障按摩院，實際為負責人並同時執業，如有不一致之情事，同意繳還本補助經費。

另受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，依「宜蘭縣視障按摩據點新設及設施設備更新輔導補助計畫設備管理事項」規定辦理，且本計畫3年內不得再次申請。

此致

宜蘭縣政府勞工處

按摩院名稱：

按摩院負責人姓名(簽名或蓋章)：

身分證字號：

聯絡電話：

聯絡地址：

中華民國 年 月 日

個人資料使用同意書

宜蘭縣政府勞工處為辦理「視障按摩據點新設及設施設備更新輔導補助計畫」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、勞保及與申請補助相關之個人資料，作為審核及撥款之用。

本人申請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)

身分證字號：

中華民國

年

月

日

