

編號：

**宜蘭縣政府勞工處辦理 111 年度
視障按摩據點新設及設施設備更新輔導補助計畫-視障按摩院所申請表**

據點名稱		設立日期	年 月 日						
營業地址									
聯絡電話			行動電話						
負責人姓名		身分證字號	出生年月日	年 月 日					
戶籍地址									
事業合夥人 或 聘僱按摩師	姓名	身分證字號	出生日期	聯絡電話					
按摩院所 執業情形	場所型態	<input type="checkbox"/> 單純店面 <input type="checkbox"/> 自有 <input type="checkbox"/> 合併住家 <input type="checkbox"/> 承租，租金_____（月）		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		按摩師人數	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">全職</td> <td style="width: 80%; text-align: center;">人</td> </tr> <tr> <td>兼職</td> <td style="text-align: center;">人</td> </tr> </table>	全職	人	兼職	人
	全職	人							
	兼職	人							
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：_____		按摩師薪資/抽成方式						
營業時間	<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/> 整天_____	行政人員	_____人，薪資：_____（月） 工作內容：						
曾申請之 補助或貸款	申請時間	來源		金額					

**宜蘭縣政府勞工處辦理 111 年度
視障按摩據點新設及設施設備更新輔導補助計畫-視障按摩院所申請表**

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 負責人身分證正反面影本 | <input type="checkbox"/> 補助申請切結書 |
| <input type="checkbox"/> 負責人按摩技術士證正反面影本 | <input type="checkbox"/> 個人資料使用同意書 |
| <input type="checkbox"/> 聘僱按摩師名冊（無者免附） | <input type="checkbox"/> 設施設備補助明細表 |

申請人簽章：

申請日期：

111 年 月 日

宜蘭縣政府辦理111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					

宜蘭縣政府辦理 111 年度

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/本單位_____申請宜蘭縣政府勞工處辦理 111 年度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/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 111 年 月 日

個人資料使用同意書

宜蘭縣政府勞工處為辦理 111 年度「視障按摩據點新設及設施設備輔導補助計畫」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 111 年度視視障按摩據點新設及設施設備輔導補助計畫，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 111 年 月 日