

**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