

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"/> 合併住家	<input type="checkbox"/> 自有 <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	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