|  |
| --- |
| **109年視障按摩據點防疫物資及店內清潔消毒補助申請表(經營據點之法人或團體)****【附件1】** |
| 申請據點名稱 |  | 設立日期 | □新設□ 年 月 日 |
| 現場管理人姓名 |  | 行動電話 |  |
| 營業地址 |  |
| 申請單位基本資料 | 單位全銜： |
| 成立日期： |
| 統一編號： |
| 設立地址： |
| 電 話： | 傳真電話： |
| 電子信箱： |
| 代 表 人： |
| 聯絡電話： |
| 申請據點概況 | 場所型態 | □公共場所 □一般店面營業面積約 坪。 |
| 據點內按摩師總人數 |  |
| 按摩師名冊（不敷使用，請另外造冊） | 姓名 | 身分證統一編號 | 聯絡電話 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 申請單位： (用印)負責人： (簽名或蓋章)日期： 年 月 日 |

|  |
| --- |
| **109年視障按摩據點防疫物資及店內清潔消毒補助申請表****(經營據點之個人)** |
| 按摩據點名稱 |  | 設立日期 | □新設□ 年 月 日 |
| 聯絡電話 | 電話：傳真： | 行動電話 |  |
| 營業地址 |  |
| 申請人基本資料 | 姓名： |
| 出生日期： |
| 身分證統一編號： |
| 戶籍地址： |
| 聯絡地址： |
| 電子信箱： |
| 按摩據點概況 | 組織型態 | □個人經營 □合夥經營，合夥人姓名： |
| 場所型態 | □店面□住家（有獨立空間）營業面積約 坪。 |
| 據點內按摩師總人數 |  |
| 按摩師名冊（不敷使用，請另外造冊） | 姓名 | 身分證統一編號 | 聯絡電話 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 申請人： 簽章日期： 年 月 日 |

**【附件2】**

**109年視障按摩據點防疫物資及店內清潔消毒補助**

**領據**

 茲領到OO縣市政府109年度「補助地方政府促進視覺功能障礙者就業計畫」因應嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)疫情之擴大協助措施－視障按摩據點防疫物資及店內清潔消毒補助經費款項，計新臺幣

 (請填寫國字)元整。

申請單位及負責人/申請人簽章：

統一編號/身分證號碼：

單位地址/戶籍地址：

電話：

金融機構：銀行（分行）

帳戶名稱：

行庫代碼（電匯用七碼）：

存儲帳號：

轉帳金融機構存摺影本浮貼處

**【附件3】**

**勞動部補助地方政府辦理109年視障按摩據點防疫物資及店內清潔消毒補助經費需求書**

填表機關（用印）

填表日期：　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 縣市政府 |  |
| 聯絡人 | 職稱 |  | 姓名 |  | 聯絡方式（電話、傳真及電子信箱） |  |
| 經費需求概算表 |
| 預估申請據點數(A) | 補助單價(B) | 預估補助金額(元)(D)=(A)\*(B)\* |
| 4人以下 |  | 20,000 |  |
| 5-6人 |  | 30,000 |  |
| 7人以上 |  | 50,000 |  |
| 補助經費總計 |  |
| 申請勞動部補助金額(元) |  |