附件

「視覺功能障礙者從事按摩工作補貼計畫」申請書

申請日期：　　年　　月　　日　　案件編號：

申請人姓名		身分證統一編號	
聯絡電話	（住家） （行動電話）	出生日期	
聯絡地址			
實際工作地地址		實際工作地聯絡電話	

一、本人係領有身心障礙證明或手冊之視覺功能障礙者，從事按摩或理療按摩工作，並符合下列各項條件：

(一)109年5月6日已於職業工會加參加勞工保險，且申請補貼時仍於職業工會加保中。(但已領取勞工保險老年給付，且有實際從事工作之事實者，不在此限)

(二)取得按摩技術士證或按摩執業許可證。

(三)未受一定雇主僱用。

二、申請補貼事項：

□未領取本部或其他政府機關所定相同性質之補助、補貼或津貼。

□已領取本部或其他政府機關所定相同性質之補助、補貼或津貼，且金額低於本補貼(新臺幣4萬5千元)者，由本署核發其差額。

三、本人同意勞動部勞動力發展署依業務需要查詢本人之就業保險、勞工保險及職業災害保險等資料。

以上事項均為屬實，如有不實，本人願負相關法律責任，並返還補貼。

申請人簽名或蓋章：＿＿＿＿＿＿

……申請人存摺封面影本浮貼處……

※給付方式（請勾選一項）

□1.匯入金融機構帳戶

金融機構名稱：＿＿＿＿銀行（庫局）＿＿＿＿分行（支庫局）

總代號	分支代號	帳號	金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)

□2.匯入郵局帳戶

局號：　　帳號：

備註：

一、金融機構（不包含郵局）及分支機構名稱請完整填寫，存摺之總代號、分支代號及帳號，請分別由左至右填寫完整，位數不足者，不需補零。

二、郵局帳戶之局號及帳號（均含檢號）不足7位者，請在左邊補零。

三、所檢附金融機構或郵局之存摺封面影本應可清晰辨識金融機構名稱、帳號、戶名等，帳戶姓名須與申請人資料相符，以免無法入帳。

四、如有債務問題，無法提供金融機構帳戶以匯入補貼款項者，可檢具相關證明文件，或向受理申請單位釋明原因後，由地方政府或按摩職業工會另函請勞動力發展署以發給支票之方式處理，惟個案所需作業時間較長，請見諒。

（以下由受理申請之地方政府或按摩職業工會填寫）

檢覈結果	□相關申請人文件、資料經檢覈無誤。 □其他：＿＿＿＿＿＿ 受理申請單位：＿＿＿＿＿＿ 承辦人（核章）：＿＿＿＿＿＿　單位主管（核章）：＿＿＿＿＿＿ 日期：　　年　　月　　日