

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)

申請據點名稱		設立日期	<input type="checkbox"/> 新設 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 公共場所.....			
		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 新設 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 個人經營 <input type="checkbox"/> 合夥經營，合夥人姓名：		
	場所型態	<input type="checkbox"/> 店面 <input type="checkbox"/> 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)					