|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **109年視障按摩據點防疫物資及店內消毒支出經費補助申請表 (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 |
|  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
| 切結聲明：  申請單位恪遵申請補貼金額均使用於購買防疫必要物資且應用視障按摩據點內；如經受理單位查有虛偽買賣、造假不實者，申請單位將無條件退還已領取之補貼款，並負相關法律責任。  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消毒支出經費補助申請表**  **(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 | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
| 切結聲明：  申請人恪遵申請補貼金額均使用於購買防疫必要物資且應用視障按摩據點內；如經受理單位查有虛偽買賣、造假不實者，申請人將無條件退還已領取之補貼款，並負相關法律責任。  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消毒支出經費補助支出清冊**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請據點(申請人)名稱 | |  | | | |
| 防疫物資及店內消毒支出內容 | | | | | |
| 申請補助金額總計 | | |  | | |
| 註1.發票或收據之總金額倘小於申請補助金額，則以發票或收據之總金額為補助金額。  註2.據點視障按摩師人數，4人以下最高補助2萬元；5-6人最高補助3萬；7人以上最高補助5萬元。 | | | | | |
| 序號 | 支出內容 | | | 發票或憑證金額 | 單據編號 |
|  |  | | |  |  |
|  |  | | |  |  |
|  |  | | |  |  |
|  |  | | |  |  |
|  |  | | |  |  |
|  |  | | |  |  |
|  |  | | |  |  |
|  |  | | |  |  |
|  |  | | |  |  |
|  |  | | |  |  |

**不敷使用，請自行增加表格**

**109年視障按摩據點防疫物資及店內消毒支出經費補助**

**【附件3】**

**支出憑證黏貼表**

|  |  |
| --- | --- |
| 申請據點(申請人)名稱 |  |
| 憑證金額總計 |  |
| 申請單位/申請人簽章 |  |

發票或收據黏貼處-----黏--貼--線------------------

**【註】請支出內容單據編號依序黏貼，如黏貼空間若有不足，請黏貼或浮貼於背面**

**【附件4】**

**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消毒支出經費補助**

**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) | | | | |  | | | | |