

「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)	出 生 日 期	
	(行動電話)		
聯 絡 地 址			
電 子 郵 件 信 箱			
實際工作地 址			
實地工作地 聯 絡 電 話			
於上列所填 工作地之 工作時段			
必 要 檢 附 文 件	☐ 1. 申請書及領據。 ☐ 2. 身心障礙證明或手冊影本。 ☐ 3. 按摩技術士證或按摩執業許可證影本 ☐ 4. 參加職業工會之勞工保險投保證明，且於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者，應檢附參加職業工會之職業災害保險投保證明或由職業工會等相關法人、團體出具之就業證明。 ☐ 5. 本人名義之國內金融機構存摺封面影本。 ☐ 6. 從事按摩或理療按摩工作，且未受一定雇主僱用，因受嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）疫情影響致工作收入減少之切結書		
1、 本人未於同一時期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。 2、 本人瞭解並願意遵守本計畫相關規定，茲證明本申請所提供資料均為屬實，如有不實，本人願意歸還已領取之補貼款項，並願負一切法律責任。 3、 補貼經費透過金融機構匯款之手續費由本人負擔(手續費將由匯款金額直接扣除)。 申請人簽名或蓋章： _____ (本人已詳閱資料後，並簽名或蓋章)			
(以下由受理申請之地方政府填寫)			
審 核 結 果	☐ 符合領取資格，核發補貼共計 3 個月，計新臺幣 45,000 元。 ☐ 不符合領取資格：(下列原因擇一勾選) ☐ 未符合本計畫第 5 點所定適用對象資格。 ☐ 未備齊本計畫第 7 點所定應檢附文件、資料，且未於通知補正期限內補正。 ☐ 已領取勞動部或其他政府機關所定相同性質之補助、補貼或津貼。 ☐ 其他： _____		
	承辦人（核章）：	單位主管（核章）：	
		審核日期：	年 月 日

「視覺功能障礙者從事按摩工作補貼計畫」領

據

茲領到_____（受理申請之地方政府）核發之「視覺功能障礙者從事按摩工作補貼計畫」之3個月補貼款項，計新臺幣肆萬伍千元整。

領取人：_____（簽名或蓋章）

身分證統一編號：

中 華 民 國 年 月 日

... .. 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。

「視覺功能障礙者從事按摩工作補貼計畫」就業證明

茲證明_____君(申請人姓名)已領取勞工保險老年給付後，確實從事按摩或理療按摩工作。

如有與本證明不一致之情事，且願負相關法律責任。

此致

_____(受理申請之地方政府)

證明單位：

(單位大章)

統一編號：

聯絡地址：

聯絡電話：

「視覺功能障礙者從事按摩工作補貼計畫」切結書

本人依據「視覺功能障礙者從事按摩工作補貼計畫」提出申請補貼，切結以下事項：

1. 本人確實從事按摩或理療按摩工作，且未受一定雇主僱用。
2. 本人確實因嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）疫情影響致工作收入減少。

如有與切結不一致之情事，同意繳回已領取之經費，且願負相關法律責任。

此致

(受理申請之地方政府)

申請人：

(本人簽名或蓋章)

身分證統一編號：

聯絡地址：

聯絡電話：

勞動部補助地方政府辦理視覺功能障礙者從事按摩工作 補貼計畫經費需求書

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					
預估申請人數 (A)	補貼月數 (B)	每月補貼金額 (C)		預估補貼撥付金額(元) (D)=(A)*(B)*(C)	
	3	15,000			
申請勞動部補助金額(元)					
填表說明：預估申請人數(A)-依轄區內符合本計畫第5點所定人員人數估列。					

地方政府辦理視覺功能障礙者從事按摩工作補貼計畫 成果報告表

申 請 機 關		市（縣）政府			
計 畫 名 稱					
核定補助金額				結 報 金 額	
聯 絡 人	職稱		姓 名		聯 絡 電 話
單 位 主 管				單 位 戳 記	
項 目					
一、辦理情形 二、實施效益 三、檢討及建議					

____市/縣政府

辦理視覺功能障礙者從事按摩工作補貼計畫補貼清冊

辦理期間：109 年 月 日至 109 年 月 日

承辦人(核章)：

承辦單位主管(核章)：

主計單位(核章)：

機關首長(核章)：

補貼清冊

[illegible]