

____年____月份 用人費用印領清冊

用人單位：

計畫名稱：

方案類型：多元就業開發方案 培力就業計畫

經辦人：_____ 電話：_____

職災費率：_____ % 本月工作津貼計算期間：____年____月____日至____年____月____日

請領人數：_____人 勞健保機關支付額請領月份：____年____月份

本分署實際核撥金額：新台幣 拾 萬 仟 佰 拾 元正(由本分署填寫)

單位請領總額：新台幣 拾 萬 仟 佰 拾 元正(單位填寫)

※應領薪資(甲)+機關支付(乙)=單位請領總額

本分署收件日期：

職 稱									合 計
日薪、時薪、月薪/金額									
勞保投保薪資									
姓 名									
身分證字號									
工作天數(時)									
應領工作津貼(甲)									
自付額	勞 保								
	健 保								
實領工作津貼									
機關支付(乙)	勞 保	普通傷害							
		職業災害							
	健 保								
請領總額(甲+乙)									
蓋 章									
上 工 日									
勞保加保日期									
備註(離職、計畫結束日期、勞健保特殊身份者如：職災、福保、菸捐、眷屬加保...等)									
總 合 計 (阿拉伯數字)									

經辦人：

業務主管：

會計主管：

負責人：