

附表 1

中高齡者職務再設計申請書

案件編號：

申請日期： 年 月 日

申請單位名稱	(請填全銜，並請加蓋申請單位之大章及負責人章)			
申請單位地址	□□□□□			
負責人職稱及姓名	電 話			
聯絡人職稱及姓名	行 動	電 子		
	傳 真	郵 件		
行 業 別	統 一 編 號			
員工總人數(指申請日前最近 1 個月之勞工保險投保人數)	中高齡員工(指年滿 45 歲至 65 歲) 人	數	(男性__人, 女性__人)	
	高齡員工(指年逾 65 歲) 人	數	(男性__人, 女性__人)	
	身心障礙員工 人	數	人	
	原住民員工 人	數	人	
預 估 執 行 期 間	自 年 月 日 至 年 月 日 止			
預 期 效 益	協助中高齡在職勞工計_____人及高齡在職勞工計_____人，共計_____人 (請續填申請補助個案資料表如附)			
應檢附之證明文件	<input type="checkbox"/> 職務再設計申請書及個案資料表正本。 <input type="checkbox"/> 依法登記或立案之證明文件影本。 <input type="checkbox"/> 所提申請適用個案之僱用承諾書或其勞工保險與就業保險被保險人投保證明文件及僱用證明文件影本。但在職勞工已領取勞工保險老年給付，再受僱於勞工保險之投保單位，應檢附職業災害保險之投保證明文件影本。 <input type="checkbox"/> 已依身心障礙者權益保障法及原住民族工作權保障法規定，足額進用身心障礙者及原住民或繳納差額補助費、代金之文件。(依規定無定額進用適用者免附) <input type="checkbox"/> 其他經本部規定之文件。			
初審結果： 收件日期： 年 月 日 (申請單位勿填本列) <input type="checkbox"/> 符合「推動中高齡者職務再設計計畫」申請資格。 <input type="checkbox"/> 不符合申請資格，原因：				
審核人員簽章： 日 期： 年 月 日				