

附件

「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		
實際工作地址	實際工作地	聯絡電話

一、本人係領有身心障礙證明或手冊之視覺功能障礙者，從事按摩或理療按摩工作，並符合下列各項條件：

(一) **110年5月19日**已於職業工會參加勞工保險。但已領取勞工保險老年給付，且有實際從事工作之事實者，不在此限。

(二) 取得按摩技術士證或按摩執業許可證。

(三) 未受一定雇主僱用。

二、**110年**申請補貼事項：

未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。

已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，且金額低於本補貼(新臺幣4萬5千元)者，由本署核發其差額。

三、本人同意勞動部勞動力發展署依業務需要查詢本人之就業保險、勞工保險及職業災害保險等資料。

以上事項均為屬實，如有不實，本人願負相關法律責任，並返還補貼。

申請人簽名或蓋章：

……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。
- 四、如有債務問題，無法提供金融機構帳戶以匯入補貼款項者，可檢具相關證明文件，或向受理申請單位釋明原因後，由地方政府另函請勞動力發展署以發給支票之方式處理，惟個案所需作業時間較長，請見諒。

(以下由受理申請之地方政府填寫)

檢 覈 結 果	<input type="checkbox"/> 相關申請人文件、資料經檢覈無誤。
	<input type="checkbox"/> 其他： _____
	受理申請單位： _____ 承辦人 (核章)： _____ 單位主管 (核章)： _____
日期： 年 月 日	