

附表三

**壯世代就業促進獎勵實施要點**  
**職場支持輔導計畫書(第\_\_\_次申請)-雇主**

申請日期：\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日

案件編號：\_\_\_\_\_

申請單位名稱				代表(負責)人	
統一編號		保險證號碼		承辦人姓名	
通訊地址					
聯絡電話		傳真		電子郵件	
勞工人數	人	法定比例 進用情形 (不含預計 招募勞工)	提出申請 時僱用身 心障礙者	人	<input type="checkbox"/> 已足額僱用 (不含預計招募勞工) <input type="checkbox"/> 未足額僱用 <input type="checkbox"/> 已依法足額繳交差額補助費 <input type="checkbox"/> 其他
			提出申請 時僱用原 住民	人	<input type="checkbox"/> 已足額僱用 (不含預計招募勞工) <input type="checkbox"/> 未足額僱用 <input type="checkbox"/> 已依法足額繳交代金 <input type="checkbox"/> 其他
友善協助方案	規劃提供下列友善協助方案。(至少勾選一項；可複選) <input type="checkbox"/> 1.專屬教育訓練教材。 <input type="checkbox"/> 2.彈性調整工作時間。 <input type="checkbox"/> 3.家庭照顧協助措施或補助。 <input type="checkbox"/> 4.每星期至少一次心理諮詢或關懷措施。 <input type="checkbox"/> 5.其他(請詳述)：_____。				
申請補助人數	_____個				
檢附文件	<input type="checkbox"/> 1.依法設立資料(如公司登記、商業登記或社團法人登記等資料) <input type="checkbox"/> 2.已足額僱用身心障礙者及原住民等佐證文件 <input type="checkbox"/> 3.其他				
切結簽章	本單位瞭解並願意遵守本要點相關規定，茲證明所提供資料均為屬實，如有不實或違反相關規定溢領獎勵、補助或津貼，除願歸還已領取之款項外，並願負一切法律責任。特此切結為憑。 代表(負責)人簽章：_____ (並請加蓋單位印信或圖記)				

審核結果	<p>(以下由審核單位填寫)</p> <p>第1次申請日前之最近1個月勞工保險投保人數為_____人，補助人數上限為_____人，前已累積核定_____人。</p> <p><input type="checkbox"/> 通過_____人，經審查符合本要點相關規定，累積核定_____人。</p> <p><input type="checkbox"/> 不通過_____人，原因：_____</p> <p>承辦人(核章): _____ 單位主管(核章): _____</p> <p>審核日期: _____年 _____月 _____日</p>
------	---