

附表一

「在職中高齡者及高齡者穩定就業訓練補助實施計畫」

申請書

一、申請案號：

二、事業單位名稱：_____ 統一編號：_____

具就業保險被保險人身分之勞工人數：_____人(男_____人，女_____人)

事業單位僱用中高齡者及高齡者人數：_____人(男_____人，女_____人)

(按申請當月或上個月之勞工保險投保人數計)

三、事業單位負責人姓名：_____ 性別：_____ 職稱：_____

四、事業單位創立日期：民國____年____月____日

五、事業單位實收資本額：新臺幣_____元

上年度營業額：新臺幣_____元

六、事業單位主要產品：_____

事業單位產業別(擇一勾選)：製造業 服務業 組織團體 其他

七、事業單位聯絡人姓名：_____ 職稱：_____

電話：(____) _____分機____，傳真：(____) _____

E-mail：_____

事業單位地址： _____

八、事業單位規模：(系統自動判定)

大型 中小型

九、事業單位簡介：

十、申請補助訓練班數：_____班，_____人次。

(依附表二班數填寫，由系統帶入)

十一、申請補助訓練費用：(依附表二經費填寫，由系統帶入)

外訓經費：_____元

最高得補助經費(外訓經費 70%)：_____元

十二、是否曾獲得本計畫補助：

是，曾獲得本計畫補助訓練經費

否，為首次申請

十三、同一案件是否向二個以上機關提出申請補助相關訓練案：

是/列明全部經費內容、計畫名稱、機關名稱、補助項目及金額

否

十四、有無關係單位申請本年度計畫：

有：_____（須填寫單位全銜） 無。

填表
人員

填表
人章

業務
主管

業務
主管

主辦
會計

會計
章

事業單位
負責人

負責
人章

請加蓋事業
單位大章

(大小章)

備註：

1. 本表所稱事業單位係指僱用中高齡者及高齡者之雇主。
2. 本表所稱事業單位負責人係指事業單位之法人代表。
3. 事業單位如有資料登載不實，將依計畫第 17 點規定處分