

附表

勞工保險局職業災害勞工職業重建補助申請書
年 月 日申請 受理編號：

計畫名稱					
申請辦理 單位名稱		負責人		職稱	
單位地址					
計畫聯絡人 姓 名		職稱		連絡電話	
計畫類別 (請打勾)	<input type="checkbox"/> 1. 心理輔導及社會適應 <input type="checkbox"/> 2. 工作能力評估及強化 <input type="checkbox"/> 3. 職務再設計 <input type="checkbox"/> 4. 職業輔導評量 <input type="checkbox"/> 5. 職業訓練 <input type="checkbox"/> 6. 就業服務 <input type="checkbox"/> 7. 職業重建之研究 <input type="checkbox"/> 8. 其他與職業災害勞工職業重建有關之事項				
計 畫 執行期間	自民國 年 月 日起至民國 年 月 日止				
本計畫是否 另外接受其 他單位補助	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (詳述補助單位及補助金額)				
申請補助 金 額	新台幣 元				

計畫申請單位印章：

負責人簽章：_____