

格式二

本補助計畫採線上申請，請至「中小企業臨場健康服務補助管理系統」進行線上申請。

勞動部職業安全衛生署推動中小企業臨場健康服務 經費補助申請表

※收件序號： 收件時間： 年 月 日 時 分							
※事業單位基本資料	事業單位全銜						
	縣市別	登記地址					
		通訊地址					
	負責人			勞工保險證號			
	行業別			統一編號			
	危害風險類別	<input type="checkbox"/> 第一類 <input type="checkbox"/> 第二類 <input type="checkbox"/> 第三類					
	勞工人數	勞工保險投保人數____人 從事特別危害健康作業人數____人(含其他受工作場所負責人指揮或監督從事勞動之人數)					
	聯絡人/職稱			E-Mail			
聯絡電話			傳真				
特約機構指派醫護人員經費報告							
機構資料	特約機構名稱	人員類別	姓名	身分證字號	服務日期	說明 (無則免填)	
		勞工健康服務醫師					
		勞工健康服務護理人員					
		勞工健康服務相關人員	心理師				
			物理治療師				
			職能治療師				
經費明細	補助項目	姓名	服務日期	每次支出費用	申請補助金額※	自籌款※	申請金額小計※ 說明 (無則免填)
	醫師						
	護理人員						

相關人員					
總計					

僱用專職護理人員經費報告

人員資料		姓名	身分證字號	服務期間	說明 (無則免填)

經費明細	姓名	每月支出費用	申請補助金額※	自籌款※	申請金額小計※	說明 (無則免填)
總計						

承辦單位(人員)	會計單位(人員)	事業單位負責人

茲聲明以上記載及所附文件均完全屬實；

無以同一案件向二個以上機關提出申請補助之情事

未使僱用之專職護理人員兼任其他法令所定專責(任)人員或從事其他與勞工健康服務無關之工作(含兼職提供其他事業單位之勞工健康服務)。

有虛假者，願負一切法律責任，並退還所有補助款項，絕無異議。

事業單位名稱： (蓋印)

負責人： (蓋印)

申請日期：中華民國 年 月 日

※審核情形

審核結果：

※ 資料齊全

※ 資料缺漏、錯誤或未符規定，說明：

※ 資料須提供佐證資料，通知時間 月 日 時 分

須提供佐證資料()，說明：

※申請補助金額：合計新臺幣 萬 千 百 十 元整

※審核單位及人員：(簽章)

※核定補助金額：合計新臺幣 萬 千 百 十 元整

- 備註：
- 請至補助系統線上填報，列印紙本完成用印後，掃描申請表電子檔上傳至系統。
 - 勞工健康服務相關人員係指心理師、職能治療師或物理治療師。
 - 補助系統如無法自「全國勞工健康服務人員暨教育訓練管理系統」，勾稽勞工健

康服務醫護人員或勞工健康服務相關人員是否符合勞工健康保護規則第 7 條所定資格，將另通知上傳檢具資格證明文件。

4.事業單位申請補助案件於專業機構審核列為須提供佐證資料者，應於經補助系統線上通知之次日起五日內(含)完成資料上傳，未於期限內提供者，不予補助。

5.紙張格式：A4 ※欄位由系統自動帶出或由專業機構填寫。