

視障按摩業者穩定就業及職場協助補助

跨縣市異動執業場所繼續補助申請暨審核表

_____縣(市)政府

申請日期： 年 月 日

申請人姓名								性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證統一編號								出生年月日	年 月 日
戶籍地址	□□□								
通訊地址	□同戶籍地址 □□□								
原執業地址	□同戶籍地址 □同通訊地址 □□□								
新執業地址	□同戶籍地址 □同通訊地址 □□□								
聯絡電話	(日)			(夜)			(手機)		
檢附文件	<input type="checkbox"/> 身分證影本 <input type="checkbox"/> 領據 <input type="checkbox"/> 本人金融機構帳戶存摺影本								
申請人本人名義之 國內金融機構 存摺撥款帳號 (請擇一填列)	_____銀行_____分行，帳號_____								
	_____郵局_____支局，局號_____帳號_____								
<p>1. 務請確實填寫申請表所列各欄位。</p> <p>2. 本人所填資料及所附文件均為真實無誤，如故意隱匿、重複申請或提供不實資料及違反相關法令之後果，除繳回溢領金額，並負一切法律責任。</p>									
申請人：_____ (簽名或蓋章) 日期：__年__月__日									
審查結果：									
<input type="checkbox"/> 符合，核定繼續補助	繼續補助起始日	_____年_____月_____日							
	穩定就業補助	<input type="checkbox"/> 每月新臺幣 10,000 元整。 <input type="checkbox"/> 每月新臺幣 8,000 元整。 <input type="checkbox"/> 其他：每月新臺幣_____元整。							
		職場協助補助	<input type="checkbox"/> 每月新臺幣 6,000 元整。						
<input type="checkbox"/> 不符合，原因：									

承辦人：

業務主管：

機關首長：