表九

○年○月就業安心專案計畫用人費用印領清冊(參考格式)

僱用單位：　　單位編號：

職災費率：　　%　薪資計算期間：　年　月　日至　年　月　日

請領薪資人數：　　人　**核撥金額：新台幣　拾　萬　仟　佰　拾　元正**

（核撥金額欄位資料僱用單位不必填寫）

請領總額：新台幣　拾　萬　仟　佰　拾　元正

（應領薪資加上機關支付之總和）　　造冊日期：　年　月　日

職稱								合計
薪資級距								
姓名								
身分證字號								
工作天數								
應領薪資(甲)								
自付額	勞保							
	健保							
實領薪資								
機關支付(乙)	勞保	普通傷害(含就保)						
		職業災害						
	積欠工資墊償基金							
	勞退金							
	健保							
請領總額(甲＋乙)								
蓋章								
上工起始日(年.月.日)								
備註								
合計								

經辦人　　業務主管　　會計主管　　負責人