表十

〇年〇月就業安心專案計畫

補助投保單位負擔部分印領清冊(參考格式)

僱用單位名稱： **造冊日期：　　年　　月　　日**

編號	姓名	身分證字號	地址	投保天數	投保單位負擔部分					備註
					勞保(含就保)	健保	積欠工資墊償基金	勞退金	合計	
總計：　　元（請以國字大寫書寫）										

經辦人：　　業務主管：

主計（會計）經辦：　　主計（會計）主管　　單位負責人：