

附表二

補助地方政府辦理促進視覺功能障礙者就業計畫

年度申請總表

申請單位： 市（縣）政府

填表日期： 年 月 日

單位：新臺幣元

申請計畫金額總計						
編號	計畫名稱	性質	項目			
			縣市配合款	其他單位補助款	就業安定基金補助	經費合計
1		<input type="checkbox"/> 非延續性 <input type="checkbox"/> 延續性				
2		<input type="checkbox"/> 非延續性 <input type="checkbox"/> 延續性				
3		<input type="checkbox"/> 非延續性 <input type="checkbox"/> 延續性				
4		<input type="checkbox"/> 非延續性 <input type="checkbox"/> 延續性				
5		<input type="checkbox"/> 非延續性 <input type="checkbox"/> 延續性				
6		<input type="checkbox"/> 非延續性 <input type="checkbox"/> 延續性				
7		<input type="checkbox"/> 非延續性 <input type="checkbox"/> 延續性				
8		<input type="checkbox"/> 非延續性 <input type="checkbox"/> 延續性				
9		<input type="checkbox"/> 非延續性 <input type="checkbox"/> 延續性				
聯絡人	姓名		單位主管			
	職稱					
	電話		機關首長			
	e-mail					

辦理促進視覺功能障礙者就業計畫申請表

申請機關	市（縣）政府			申請總表 計畫編號	
計畫名稱					
計畫金額					
聯絡人	職稱		姓名		聯絡方式 (電話、傳真 及電子信箱)
實 施 計 畫 內 容 摘 要					
<p>一、目的</p> <p>二、現況分析（含轄區內視覺功能障礙者人口數、所提計畫內容之供需評估等）</p> <p>三、最近2年受補助經費使用情形及辦理成效（非延續案免填）</p> <p>四、預計實施辦理方式（含自辦、補助或委託、參加對象、期程、人數等）</p> <p>五、預期績效</p> <p>六、督導及查核方式</p>					

附件：請檢附詳細實施計畫